

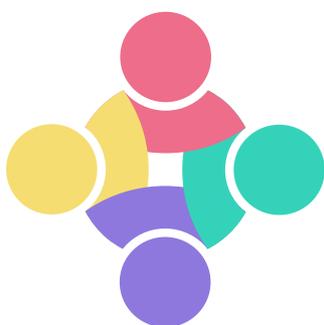
**XIV** ENCUENTRO DE  
**INVESTIGACIÓN**  
SOCIEDAD ARGENTINA DE ENDODONCIA

# LIBRO DE RESÚMENES



ASOCIACIÓN  
ODONTOLÓGICA  
ARGENTINA

2 Y 3 DE AGOSTO  
**2024**



**XIV** ENCUENTRO DE  
**INVESTIGACIÓN**  
SOCIEDAD ARGENTINA DE ENDODONCIA

**PORTAL DEL LAGO**  
**VILLA CARLOS PAZ**  
**CÓRDOBA. ARGENTINA**



ASOCIACIÓN  
ODONTOLÓGICA  
ARGENTINA

Está prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier método fotográfico, fotocopia, mecánico, reprográfico, óptico, magnético o electrónico sin la autorización expresa y por escrito de los propietarios del copyright.  
La Asociación Odontológica Argentina no se responsabiliza por el contenido de las publicaciones, siendo las mismas de estricta y total responsabilidad de los autores.

Libro de resúmenes del XIV Encuentro de Investigación de la Sociedad Argentina de Endodoncia / compilación de Alicia Beatriz Labarta ; Editado por Alicia Beatriz Labarta. - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Asociación Odontológica Argentina, 2025.  
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online  
ISBN 978-631-90954-0-1

1. Investigación de Campo. 2. Proyectos de Investigación. 3. Estudios de Casos. I. Labarta, Alicia Beatriz, comp. II. Labarta, Alicia Beatriz, ed. III. Título.  
CDD 617.6

**ISBN 978-631-90954-0-1**



## ÍNDICE

• PALABRAS DE BIENVENIDA PRESIDENTE DE SAE .....	4
• PALABRAS DE BIENVENIDA PRESIDENTE DEL ENCUENTRO .....	5
• COMISIÓN DIRECTIVA SAE 2024 .....	6
• COMISIÓN ORGANIZADORA XIV ENCUENTRO DE INVESTIGACIÓN .....	7
• ADHESIONES .....	8
• AUSPICIOS .....	9
• CONFERENCISTA .....	10
• PLANO DE UBICACIÓN DE SALONES Y EXPOSICIÓN COMERCIAL .....	11
• PROGRAMA CIENTÍFICO .....	12
• RESÚMENES DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN .....	23
• PRESENTACIONES ORALES .....	24
• PRESENTACIONES EN PÓSTER ELECTRÓNICO .....	45
• RESÚMENES DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN .....	52
• PRESENTACIONES ORALES .....	53
• PRESENTACIONES EN PÓSTER ELECTRÓNICO .....	57
• RESÚMENES DE CASOS CLÍNICOS .....	61
• PRESENTACIONES ORALES .....	62
• PRESENTACIONES EN PÓSTER ELECTRÓNICO .....	128
• ÍNDICE DE AUTORES .....	147
• ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS .....	156



## **PALABRAS DEL PRESIDENTE DE SAE**

**DRA. ANA LAURA RESA**

Quiero agradecer a cada uno de ustedes, mis queridos colegas, por acompañarnos en este hermoso Encuentro en la bella ciudad de Carlos Paz. Sin duda, la mayor fortaleza del país ha sido su capacidad para construir instituciones.

La Sociedad Argentina de Endodoncia (SAE), fue creada el 28 de mayo de 1953, y este año cumplió 71 años. Fue creada por un grupo de odontólogos socios de la Asociación Odontológica Argentina (A.O.A) que sintió la necesidad de agruparse para "propender al progreso de esta rama de la Odontología procurando el intercambio de ideas respecto a métodos de tratamiento, sus bases y resultados, estimulando la investigación científica y facilitando la difusión de conocimientos y el mantenimiento de una alta calidad en los servicios profesionales de endodoncia por medio de conferencias, cursos y publicaciones".

Las investigaciones en el ámbito de la endodoncia son de suma importancia para mejorar nuestra especialidad, siendo su objetivo, identificar los problemas que permitan mejorar las condiciones actuales, o promover la innovación científica en los diversos campos de interés desarrollando nuevas tecnologías, y mejorando los métodos de diagnóstico y tratamiento.

En general, las investigaciones nos permiten a los endodoncistas resolver preguntas con base científica que ayuden a mejorar la calidad de atención de nuestros pacientes.

Nuestro Encuentro de Investigación bianual fue pensado para cumplir este desafiante propósito, integrando conceptos vinculados a la epidemiología, la bioestadística y la metodología de la investigación científica; promoviendo de esta forma, la elaboración e interpretación de trabajos de investigación, con una sólida base de conocimientos.

Es un orgullo ser parte de este hermoso encuentro, tener una hermosa Comisión Organizadora liderada por la Dra. Carmen Visvisián, quién supo formar un equipo de excelencia al cual junto a toda la Comisión Directiva de SAE, le estamos muy agradecidos.

Los esperamos en el futuro para seguir siendo parte de estos enriquecedores Encuentros.

**Resa, Ana Laura**  
PRESIDENTE SAE



## PALABRAS DEL PRESIDENTE DEL ENCUENTRO DRA. CARMEN VISVISIÁN

Un cálido saludo a los participantes del XIV Encuentro de Investigación de la Sociedad Argentina de Endodoncia. Nos encontramos en el Portal del Lago, en Carlos Paz, Córdoba, para celebrar nuestra pasión común: la búsqueda incesante del conocimiento y la excelencia en la práctica de la Endodoncia.

Estos encuentros representan un hito fundamental y no solo son espacios para compartir experiencias y hallazgos profesionales, sino también son crisoles donde se forjan las ideas que impulsarán el futuro de la endodoncia. Aquí convergen las mentes para intercambiar saberes, estimular la investigación científica y elevar el nivel de atención que brindamos a nuestros pacientes.

A lo largo de estos días, podremos presenciar la presentación de trabajos de investigación y reportes de casos clínicos que representan un esfuerzo dedicado y un compromiso con la excelencia. Estos trabajos son el fruto de horas de dedicación por parte de nuestros colegas, y nos brindan la oportunidad de aprender de sus experiencias y ampliar nuestros horizontes profesionales.

Quiero extender un reconocimiento especial a los socios vitalicios. Su dedicación y compromiso a lo largo de los años han sido pilares fundamentales para el desarrollo y el prestigio de nuestra sociedad. Esperamos que su ejemplo inspire a las nuevas generaciones de endodoncistas.

Agradezco a la Dra. Ana Laura Resa y a la Comisión Directiva de SAE por la confianza depositada, y la Comisión Organizadora cuyo trabajo incansable y meticuloso hizo posible este encuentro. Gracias a ellos podemos disfrutar hoy de este evento tan significativo para todos nosotros.

Este encuentro no sería posible sin el apoyo incondicional de las facultades de odontología públicas y privadas, y de las empresas auspiciantes que nos permiten llevar a cabo estos eventos de manera exitosa.

Un agradecimiento especial al Dr. Emmanuel Silva, disertante central de este encuentro, y a la Dra. Georgina Santangelo por las gestiones realizadas.

Los invito a aprovechar al máximo esta oportunidad de aprendizaje, crecimiento y camaradería. Estoy segura que este encuentro será una experiencia enriquecedora para todos nosotros, tanto a nivel profesional como personal.

Juntos, podemos transformar el futuro de la Endodoncia.

¡Muchas gracias y bienvenidos a este encuentro!



Visvisián, Carmen  
PRESIDENTE ENCUENTRO

## COMISIÓN DIRECTIVA SAE 2024

- **PRESIDENTE:**  
Resa, Ana Laura
- **VICEPRESIDENTE:**  
Santangelo, Georgina Valeria
- **SECRETARIA:**  
Spina, Marianela
- **PROSECRETARIA:**  
Labarta, Alicia Beatriz
- **TESORERO:**  
Di Natale, Santiago
- **PROTESORERO:**  
Musi, Gastón
- **VOCAL PRESIDENTE ENTRANTE:**  
Ensinas, Pablo Sebastián
- **VOCAL TITULAR:**  
Gibaja, Federico
- **VOCAL TITULAR:**  
Martin, Gabriela
- **VOCAL TITULAR:**  
Labanti, Adrián
- **VOCAL TITULAR:**  
Bonivento, Georgina

## COMISIÓN ORGANIZADORA XIV ENCUENTRO DE INVESTIGACIÓN

- **PRESIDENTE:**  
Visvisián, Carmen
- **SECRETARIA:**  
Labarta, Alicia Beatriz
- **TESORERO:**  
Di Natale, Santiago
- **PROTESORERO:**  
García, Gonzalo Alberto
- **INTENDENTE:**  
Angona, Rodolfo Cristian
- **COMITÉ CIENTÍFICO:**  
Spoleti, Pablo  
Peña, Graciela  
Gutiérrez, Marisa  
De La Casa, María Luisa

La Comisión Directiva de SAE y la Comisión Organizadora del XIV Encuentro de Investigación en Endodoncia de la Sociedad Argentina de Endodoncia agradecen los siguientes auspicios, adhesiones y declaraciones de interés institucional, brindados para este Encuentro.

## ADHESIONES

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Rosario, por Resolución RESDFODONT 224/2024: Declara de Interés Académico al XIV Encuentro de Investigación en Endodoncia, SAE,

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, por Resolución: RHCD-2024-204-E-UNC-DEC#FO: Declara de Interés Institucional al XIV Encuentro de Investigación en Endodoncia, SAE

Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, por Resolución: RESCD-2024-448-E-UBA-DCT#FODON: brinda Adhesión y Difusión del XIV Encuentro de Investigación en Endodoncia, SAE

Universidad Nacional de Cuyo, por Resolución RES 145-CD-2024, brinda: Aval Académico al XIV Encuentro de Investigación en Endodoncia, SAE

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Tucumán, por Resolución RES - ODO - DCHCD - 8812 / 2024: Declara de Interés Académico al XIV Encuentro de Investigación en Endodoncia, SAE

Municipalidad de la Ciudad de Villa Carlos Paz, por Decreto 385, del 30/07/24: Declara de Interés Municipal al XIV Encuentro de Investigación en Endodoncia, SAE

AUSPICIOS



Laboratorios Bernabó





**CONFERENCISTA**  
DR. EMMANUEL DA SILVA

El Dr. Emmanuel da Silva realizó su Post-Doctorado en Endodoncia en la Facultad de Odontología de Piracicaba, en la Universidad Estadual de Campinas (FOP / UNICAMP).

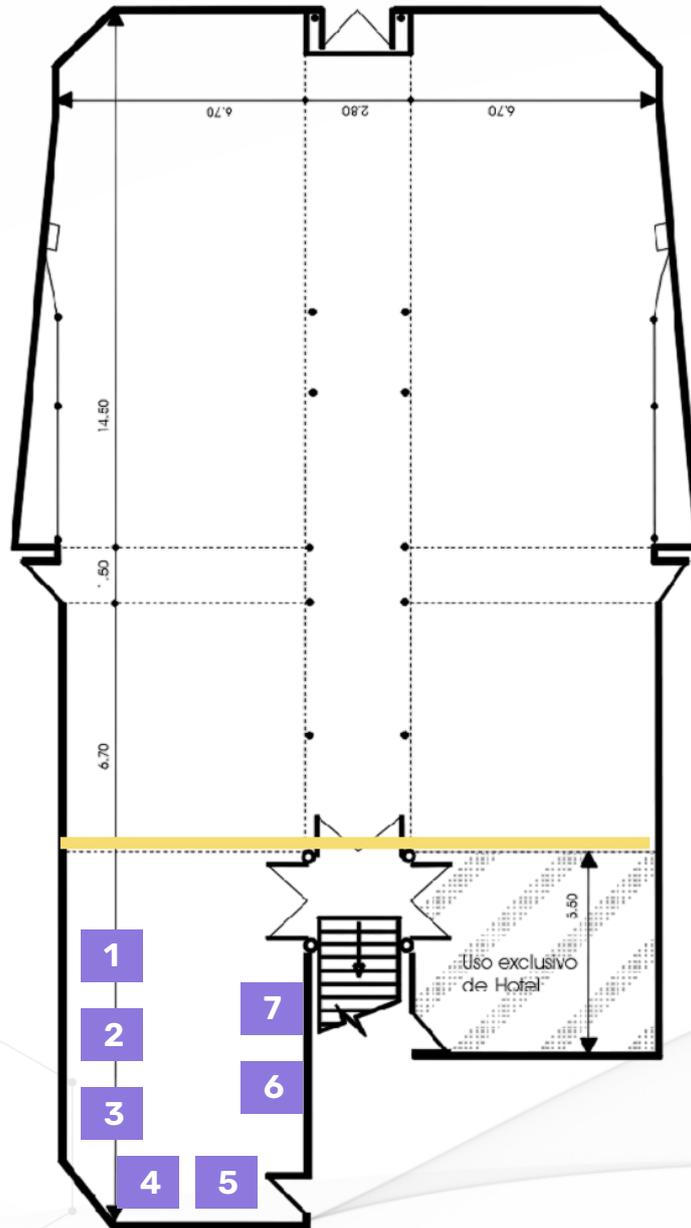
Es Maestro y Doctor en Clínica Odontológica con área de concentración en Endodoncia (FOP / UNICAMP), con período de práctica de Doctorado en la Universidad de Minnesota (UNM - EE.UU).

Es Especialista en Endodoncia con título otorgado por la Universidad del Estado de Río de Janeiro (UERJ).

Es Profesor Asociado de la Universidad del Estado de Río de Janeiro (UERJ), de la Universidad Federal Fluminense (UFF) y de la Universidad del Gran Río (UNIGRANRIO).

Es autor de más de 300 artículos publicados en revistas como el Journal of Endodontics, el International Endodontic Journal y el Dental Traumatology, y de los libros "El movimiento recíprocante en la endodoncia" y "Shaping for cleaning the root canals: a clinical-based strategy".

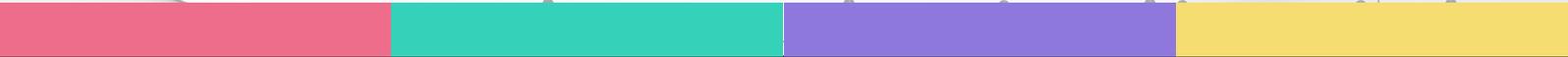
## PLANO DEL HOTEL





**XIV** ENCUENTRO DE  
**INVESTIGACIÓN**  
SOCIEDAD ARGENTINA DE ENDODONCIA

**PROGRAMA CIENTÍFICO**



ASOCIACIÓN  
ODONTOLÓGICA  
ARGENTINA

**VIERNES 2 DE AGOSTO**  
**PRESENTACIONES ORALES**

HORARIO	TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	PRESENTADOR/A	INSTITUCIÓN	MODERADOR
8:30-8:45	Compatibilidad dimensional entre conos de gutapercha accesorios y principales	Zárate, I.	USAL-AOA	Dra. De La Casa, M.L
8:45-9:00	Respuesta pulpar ante la aplicación de fuerzas ortodóncicas. Estudio experimental en ratas	Escribano, M.F.	UNC	Dra. De La Casa, M.L
9:00-9:15	Co-evaluación de aperturas endodónticas realizadas por alumnos de grado en dientes ex - vivo	Cantarini, C.	USAL-AOA	Dra. De La Casa, M.L
9:15-9:30	El conducto lateral: su descripción morfológica, topográfica y su importancia clínica	Cantarini, C.	USAL-AOA	Dr. Ensinas, P.
9:30-9:45	Comportamiento de un cemento biocerámico en un medio ácido	Della Porta, R.	C. O. S	Dr. Rodríguez, P.
9:45-10:00	Percepción de la realidad económica de la endodoncia por odontólogos en la República Argentina	Bosco, S.	C. O. J.	Dr. Russo, C.
10:00-10:15	Estudio comparativo de la solubilidad de dos selladores biocerámicos y un sellador a base de resinas	Leonhardt, A.	HJMC-SF	Dr. Rodríguez, P.
10:15-10:30	Prevalencia y espesor de MB2 en molares superiores con tomografía computarizada. Estudio preliminar	Ensinas, P.	U. N. T.	Dr. Rodríguez, P.
RECESO 10:30 a 11:00				

## VIERNES 2 DE AGOSTO PRESENTACIONES ORALES CONTINUACIÓN

HORARIO	TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	PRESENTADOR/A	INSTITUCIÓN	MODERADOR
11:00-11:15	Evaluación tomográfica de la obturación endodóntica realizada, por alumnos de grado, en caninos superiores e inferiores	Frías, M.	UBA	Dr. Ensinas, P.
11:15-11:30	Estudio con Micro – CT de área no instrumentada de conductos en molares inferiores	Martin, G.	UCC-UNC	Dra. Peña, G.
11:30-11:45	Evaluación de la expansión de los selladores biocerámicos	Harrán, E.	PP	Dr. Russo, C.
11:45-12:00	Solubilidad de distintos selladores biocerámicos: estudio con microscopía confocal	Harrán, E.	PP	Dr. Russo, C.
12:00-12:15	Comparación de la penetración de distintas agujas de irrigación en endodoncia	Giménez, M.	UBA	Dra. Gutiérrez, M.
12:15-12:30	Evaluación in vitro de la exactitud del localizador apical integrado a un motor de endodoncia mecanizada	Martínez, M.H.	UNT	Dra. Gutiérrez, M.
12:30-12:45	Síndrome del diente fisurado. Revisión de la literatura científica	Tomey, A.	AOC-USADM	Dr. Rodríguez, P.
12:45-13:00	Comportamiento de diferentes materiales aplicados en terapia de pulpa vital experimental	Chaintiou Piorno, R.	UBA	Dra. Gutiérrez, M.
RECESO 13:00 a 15:00				
15:00-19:00	Dr. Emmanuel Silva: "Enfoque multimétodo para evaluación de instrumentos de NITI" – "Modelar para después limpiar: un enfoque clínico"			
ACTO INAUGURAL 19:00 HORAS				

SÁBADO 3 DE AGOSTO  
**PRESENTACIONES ORALES**

HORARIO	TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	PRESENTADOR/A	INSTITUCIÓN	MODERADOR
9:00-9:15	Periodontitis apical: Relación entre el tamaño de lesión y el diagnóstico histopatológico	Lee, L	UBA	Dr. Ensinas, P.
9:15-9:30	Histopatología de lesiones periapicales post microcirugía endodóntica	Santillán, M.E.	UBA	Dr. Ensinas, P.
9:30-9:45	Estudio comparativo de la capacidad de dos sistemas de instrumentos recíprocos con tratamiento térmico para la preparación biomecánica de conductos radiculares curvos: un ensayo ex vivo	Moncada, A.	UBA	Dra. Peña, G.
9:45-10:00	Micro-CT de ápices post - microcirugía apical y diagnóstico anatomopatológico	Neput, F.	UBA	Dra. Peña, G.
10:00-10:15	Reacción de la pulpa al desgaste progresivo de esmalte y dentina: Un ensayo en dientes de cabra	Álvarez Serrano, S.	USAL-AOA	Dra. De La Casa, ML.
10:15-10:30	Puesta a punto de un modelo de necrosis pulpar en molares de rata con ápice inmaduro	González, D.	UBA	Dra. Gutiérrez, M.
RECESO 10:30 a 11:00				

## SÁBADO 3 DE AGOSTO PÓSTERS INVESTIGACIÓN

HORARIO	PANTALLA	TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	PRESENTADOR/A	INSTITUCIÓN	MODERADOR
11:00 - 12:00	1	Influencia de la experiencia del observador en la percepción de la anatomía endodóntica en la CBCT	García, M.F.	UNR	Dr. García, G.
		Precisión morfométrica del conducto radicular en imágenes tomográficas axiales	Romero Pánico, J.C	UNC	
		Influencia del acceso cameral en incisivos inferiores sobre la localización del o los conductos radiculares y la conductometría. Estudio preliminar in vitro	Albornoz Colomo, S.	UNT	
		Relación del centrado y el transporte apical de los sistemas de los sistemas Race Evo y R-Motion	García Leonardi, M.C.	UNT	Dra. Labarta, A.
	2	Prevalencia del conducto medio-mesial en primeros molares inferiores en una población Argentina	Gómez, A.	UBA	Dra. Peña, G.
		Efecto del uso de un filtro Hepa en el grado de contaminación del aire expulsado por un hemosuctor de alta potencia durante su funcionamiento	Molina Villagómez, D.A.	UBA	
		Estudio comparativo in vitro de la resistencia a la fatiga cíclica entre dos sistemas reciprocantes de aleación níquel titanium blue, R Motion de FKG y Fanta AF R3 en curvaturas severas simuladas	Vassallo, B.	UBA	Dr. Spoletti, P.
		Técnicas de obturación en Endodoncia comparadas con Micro - CT. Resultados preliminares	Albisua, M.B.	UBA	

SÁBADO 3 DE AGOSTO  
**PÓSTERS INVESTIGACIÓN CONTINUACIÓN**

HORARIO	PANTALLA	TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	PRESENTADOR/A	INSTITUCIÓN	MODERADOR	
12:00 - 13.00	1	Método de Kvaal para la estimación de edad dental en una población adulta residente en la	Navarro Guitart, M.	UNC	Dra. Labarta, A.	
		Ciudad de Córdoba				
		Evaluación de la capacidad de centrado y transporte apical del canal radicular utilizando dos sistemas mecanizados en canales curvos mediante el uso de microtomografía computarizada (MicroCT).	Tarifa, L.	UBA		
		Evaluación de la microdureza en dientes permanentes jóvenes con MTA e Hidróxido de Calcio	Gómez, J.J.	UNT		
			Análisis de la fluidez de selladores biocerámicos en conductos laterales simulados en premolares inferiores humanos extraídos: Estudio piloto	García, L.R.	UBA	Dra. Peña, G.
	2	Hallazgo de nódulos pulpares en molares inferiores "Visión directa vs Microscopio operativo	Romano, T.	UBA	Dr. Spoletti, P.	
		Prevalencia de retratados endodónticamente en un centro odontológico municipal, Berazategui, Argentina	Ibarra, M.	UBA		
		Prevalencia y distribución de dientes tratados endodónticamente en centro odontológico municipal, Berazategui, Argentina	Baigorria, L.	UBA		
	RECESO 13:00 a 14:30					

## SÁBADO 3 DE AGOSTO

# CASOS CLÍNICOS – MESAS REDONDAS

HORARIO	MESA	TÍTULO DE CASO CLÍNICO	PRESENTADOR/A	INSTITUCIÓN	VEEDOR
14:30 - 15:30	1	Resolución no quirúrgica de lesión apical de gran tamaño: Importancia del seguimiento a distancia	Pizarro Meneses, A.	UBA	Arce Brissón, G
		Tratamiento de las reabsorciones inflamatorias externas post avulsión dentaria. Fotobiomodulación con láser de diodo.	Pizarro Meneses, C.	UBA	
		Acceso endodóntico guiado en un incisivo central superior con conducto calcificado	Vrlica, K.	UBA	
		Resolución microquirúrgica de una fisura longitudinal en incisivo central superior	Franchetti, S.	UBA	
	2	Periodontitis apical crónica asociada a calcificación del conducto radicular: Resolución microquirúrgica.	Guillen, A.	UBA	Barrera Borio, M.
		Terapia de pulpa vital: Reporte de dos casos clínicos	Suazo, M.	UBA	
		Complejidad anatómica: Premolar superior con tres conductos	Jaureguibehe, S.	UBA	
		Reabsorción dentinaria interna: un desafío en la desinfección y obturación del conducto	Pedraza, c.	UCC	
	3	Ortodoncia en dientes avulsionados. Propuesta de protocolo de atención.	Forciniti, R.	UBA	Blotta, F.
		Seguimiento a distancia de un traumatismo dentario: Importancia y consideraciones.	Serón, R.	UBA	
		Diagnóstico y tratamiento de fístula cutánea odontogénica en primer molar superior izquierdo.	Serón, R.	UBA	
		Incisivo central superior con decoloración coronaria. Resolución clínica en pieza dentaria tratada endodónticamente	Jiménez Calabrese, P.C.	UBA	
	4	Endodoncia de alta complejidad: resolución de accidente intraoperatorio y seguimiento a distancia.	Consoli Lizzi, E.	UBA	García, M.F.
		Retratamiento endorestaurador desde el desanclaje coronario hasta la creación de la biobase	Dorrego, J.P.	UCC	
		Tratamiento endodóntico y quirúrgico de reabsorción cervical externa en incisivo lateral superior	Le Roux, M.J.	UCC	
		Fractura de inserto ultrasónico en el conducto DV de un molar superior	Dorrego, J.P.	UNC	
5	Endodoncia en anatomía compleja: Un enfoque estratégico "Comenzar con el final en la mente"	Falco Scampitilla, L.	UNC	Santangelo, G.	
	Diagnóstico y pronóstico, aristas de una relación compleja	Giangiaco, L.	UNR		
	Tratamiento no quirúrgico de piezas dentarias con gran lesión periapical. Reporte de caso clínico	Fudem, A.	UBA		
	Microcirugía apical en piezas 2.1 y 2.2	Obelar, C.	UBA		

## SÁBADO 3 DE AGOSTO CASOS CLÍNICOS – MESAS REDONDAS CONTINUACIÓN

HORARIO	MESA	TÍTULO DE CASO CLÍNICO	PRESENTADOR/A	INSTITUCIÓN	VEEDOR
15:30 - 16:30	1	Regeneración tisular en microcirugía endodóntica con utilización de una guía quirúrgica.	Rodríguez, P.A.	UBA	Ulfohn, S.
		Toma de decisiones en un traumatismo con pronóstico reservado.	Rodríguez, P.A.	UBA	
		Éxito de la terapia de pulpa vital en traumatismo reiterado	Rodríguez, P.A.	UBA	
		Apertura endodóntica mínimamente invasiva empleando Láser de Erbio: Yag .	Moncada, A.	UBA	
	2	Segundo premolar inferior invaginado. ¿Cómo lo tratamos?	Chaintiou Piorno, R.	UBA	Dra. Labarta, A
		Tratamiento de un molar permanente con anatomía en C	Uria, M.S.	UBA	
		Luxación lateral en dientes permanentes jóvenes. Caso Clínico.	Naumiec, C.	UBA	
		Efectividad de dos soluciones irrigantes activadas en el manejo de la periodontitis apical asintomática.	Plaza Ruiz, J.	UBA	
	3	Abordaje endodóntico atípico en incisivos centrales superiores	Bordón, J.	UBA	Gracia, G.
		Luxación lateral de incisivos superiores permanentes. Caso clínico.	Adaro, C.	UBA	
		Reabsorción cervical invasiva	Albornoz Colomo, M.S.	UNT	
		Resolución clínica de lesión periapical de varias piezas dentarias. Caso clínico.	Arias, A.	UBA	
	4	Resolución de periodontitis apical en primer molar superior en relación íntima con el Seno Maxilar.	Brunengo, A.	UBA	Santangelo, G.
		Estrategias para el retiro de instrumentos fracturados dentro del conducto radicular	Criscenti, P.	UNR	
		Obturación de un conducto lateral, ¿un hecho fortuito?	De Gaetani, M.I.	UNR	
		Tratamiento laser asistido en traumatismo dentario anterior	Fernández Alemán, J.E.	UBA	
5	Piercing lingual como causante de lesión endo-periodontal por trauma constante. Planificación y resolución de caso clínico	Geloso, L.	UBA	Lenarduzzi, A.	
	De la regeneración endodóntica a la microcirugía apical: resolución de caso clínico	González, D.	UBA		
	Resolución de lesión periapical de grandes dimensiones por vía endodóntica convencional no quirúrgica.	González, H.	UBA		
	Resolución terapéutica de un diente permanente con ápice inmaduro	González, H.	HOCI-F		

## SÁBADO 3 DE AGOSTO

# CASOS CLÍNICOS – MESAS REDONDAS CONTINUACIÓN

HORARIO	MESA	TÍTULO DE CASO CLÍNICO	PRESENTADOR/A	INSTITUCIÓN	VEEDOR
16:30 - 17:30	1	Tratamiento restaurador de incisivo lateral superior derecho invaginado	Guimaraes Martins, F.	UBA	Arce Brissón, G
		Reabsorción dentinaria interna. Planificación de un caso clínico.	Lacquaniti, L.	UBA	
		Tratamiento endodóntico en primer molar superior derecho con hipertaurdoncia	Martínez, F.	UBA	
		Traumatismo Dentoalveolar. Reporte de un Caso Clínico.	Molina Villagómez, D.	UBA	
	2	Lesión apical de gran tamaño relacionada con un dens invaginatus	Obelar, C.	UBA	Blotta, F.
		Endodoncia guiada guiada: resolución de conducto calcificado elemento 1.2	Rocchio, M.A.	UBA	
		Importancia de controles a distancia con uso de tomografías	Rocha, P.	UBA	
		Manejo endodóntico de un primer molar inferior con 3 conductos. Reporte de caso clínico.	Salazar, J.	UBA	
	3	Precisión en Microcirugía Apical: Caso clínico con Guía Quirúrgica	Neput, F.	UBA	Barrera Borio, M.
		Diagnóstico y tratamiento del absceso apical agudo, reporte de un caso clínico.	Vassallo, B.	UBA	
		Absceso Crónico	Wenderdel, A.	UBA	
		Radix Entomolaris	Zacchino, G.	UNR	
	4	Planificación Digital y Guía Endodóntica. Reporte de Caso Clínico.	Vázquez, MJ	UBA	Giangiacomo, L
		Absceso Fénix: resolución de caso clínico.	Kafruni Elkhoury, J.	UBA	
		Tratamiento, sellado inmediato y rehabilitación post endodóntica con RPP overlay	Morales, J.	UBA	
		Complejidad anatómica en premolar inferior: uso de tomografía CONE BEAN como herramienta diagnóstica.	Navarro, M.L.	UBA	
	5	Traumatismo y fractura amelodentinaria: revascularización pulpar: caso clínico.	Salinas, V.	AOC-USADM	Ulfohn, S.
		Aporte de la CBCT en el diagnóstico y tratamiento de lesiones endoperiodontales. A propósito de un caso	Gómez, A.	UBA	
		Tratamiento endo-restaurador complementado con cirugía apical	Ciolfi Ceccato, V	UBA	
		Manejo No Quirúrgico de reabsorción radicular con el uso de Biocerámicos.	Anchundia Cedeño, B.	UBA	
Reabsorción dentinaria externa en canino superior izquierdo		Malaver, G.	UBA		

SÁBADO 3 DE AGOSTO  
**CASOS CLÍNICOS - PÓSTERS ELECTRÓNICOS**

HORARIO	PANTALLA	TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	PRESENTADOR/A	INSTITUCIÓN	MODERADOR
15:00 - 16:00	1	Manejo endodóntico de actinomycosis apical.	Fernández Toledo, M.	UC-CHILE	Lenarduzzi, A.
		Manejo endodóntico de un incisivo central superior con reabsorción radicular apical post luxación extrusiva: Reporte de caso	Campos Valdés, C.	UC-CHILE	
		Apicoformación con Hidróxido de Calcio en elementos permanentes jóvenes	Giménez Evjanian, M.	UNC	
		Apexogénesis en dientes permanentes jóvenes inducida por biodentine	Calas, G.	UNLP	
	2	Manejo clínico de conductos MB1 y MB2 de molares superiores.	Avellaneda, D.	UM	Spoleti, P.
		Hallazgo radiográfico para el abordaje y resolución de Rádix.	Avellaneda, D.	UM	
		Índice CBCT- PAI su análisis en Microcirugía Endodóntica	Romano, T.	UBA	
		Manejo multidisciplinario de lesión apical persistente con compromiso de la tabla palatina tratado con descompresión quística	Fuentes Quesada, M.	UC-CHILE	
16.00 - 17:00	1	Microcirugía apical doble con uso de Biodentina y L-PRF Block en dientes con historial de traumatismo dentoalveolar. Reporte de un caso	López Leyton, C.	UC-CHILE	García, G.
		Microcirugía apical previa descompresión de quiste inflamatorio apical.	Viñolo, A.	UBA	
		Uso de imán de neodimio para remoción de instrumento fracturado. Reporte de un caso	Reiñanco Piñeiro, D.	UC-CHILE	
		Terapia regenerativa: "Autotransplante"	Chacoff Martin, M.	UBA	
	2	¿Retratamiento luego de una apicectomía?	Strappa, Y.	UNR	Santangelo, G.
		Pieza Dentaria Joven Con Periodontitis Apical Crónica Supurativa Y Apicoformación Incompleta	Blajean, C.	UNC	
		Retratamiento endodóntico y rehabilitación con poste de fibra de vidrio	Duque, S.	UBA	
		Punta clearsonic: una alternativa para la conformación de conductos radiculares ovalados	Martínez Masier, N.	UCC	

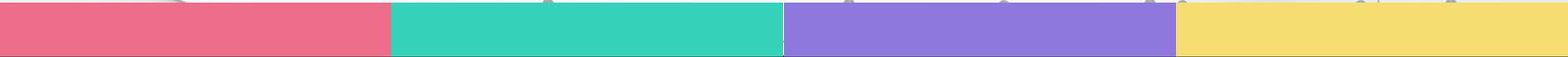
**SÁBADO 3 DE AGOSTO**  
**CASOS CLÍNICOS - PÓSTERS ELECTRÓNICOS CONTINUACIÓN**

HORARIO	PANTALLA	TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	PRESENTADOR/A	INSTITUCIÓN	MODERADOR
17:00 - 18:00	1	Obturación con técnica termoplastizada en un conducto en forma de "C"	Crespo Campoverde, A.	UBA	Labarta, A.
		Resolución terapéutica de un caso clínico de reabsorción cervical invasiva	Gaborov Milich, C.	HOCI-F	
		Tratamiento Endodóntico De Absceso Alveolar Agudo Post Traumatismo.	Gándara, M.	UNLP	
		Tratamiento en una sesión y control a distancia de la periodontitis apical crónica. Reporte de un caso clínico	Parrachini, J.I.	UNLP	
	2	Fractura de tercio medio radicular. Dos alternativas de tratamiento	Peralta, Y.	UNLP	García, G.
		Preparación conservadora de un segundo molar superior con Proglider y ProTaper gold	Rourera, C.	UCC	
		Tratamiento de fractura radicular intraalveolar horizontal en tercio medio con luxación extrusiva. Presentación de caso clínico	Tudor, C.	UNLP	
		Tratamiento de endodoncia conservador y eficiente con secuencia híbrida: estudio de caso	Paiva Lopes, R.	FCTA	
18:00 - 18:15	1	Dilaceración radicular: Doble curvatura peligrosa	Cejas Ruiz, C.	UNC	Ulfohn, S.
COCKTAIL DE CIERRE 19 HORAS					



**XIV** ENCUENTRO DE  
**INVESTIGACIÓN**  
SOCIEDAD ARGENTINA DE ENDODONCIA

RESÚMENES DE  
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN



ASOCIACIÓN  
ODONTOLÓGICA  
ARGENTINA

## PRESENTACIONES ORALES

### 1. MICRO-CT DE ÁPICES POST- MICROCIURUGÍA APICAL Y DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

Neput F<sup>1</sup>, Alfie N<sup>1</sup>, Cabirta ML<sup>1</sup>, Lee LT<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** Evaluar la correlación existente entre el diagnóstico anatomopatológico, la ausencia o presencia de conductos accesorios y el tamaño del foramen principal.

**Materiales y Métodos:** Se seleccionaron 20 ápices obtenidos post microcirugía apical, dividiéndose en dos grupos según el resultado del estudio anatomopatológico: G1 comprendió ápices de piezas con diagnóstico de Quiste Odontogénico Inflamatorio Radicular (n=10), mientras que G2 incluyó ápices de piezas con diagnóstico de Granuloma Inflamatorio Radicular Crónico (n=10). Los criterios de inclusión abarcaron ápices de piezas dentarias superiores e inferiores, con una integridad anatómica mínima de 3 mm. Se excluyeron los ápices de menos de 3 mm y las muestras que no contaban con un diagnóstico anatomopatológico certero. Las muestras fueron escaneadas con un microtomógrafo (Bruker SkyScan 1272) bajo los siguientes parámetros de adquisición: Voltaje (kV)= 80; Corriente (μA)= 125; Resolución (μm)=10. Posteriormente, fueron analizadas mediante el programa CTan. Se evaluó la presencia o ausencia de conductos accesorios y se midió el tamaño del foramen del conducto principal en milímetros (mm). El análisis estadístico se llevó a cabo mediante la prueba estadística T Student ( $p < 0,05$ ) para muestras independientes y Prueba de Chi Cuadrado.

**Resultados:** Diámetro del foramen obturado, la media para el grupo con diagnóstico anatomopatológico de granuloma fue de 0.63mm (DE=0.31mm), y para el grupo con diagnóstico de quistes fue de 0.85mm (DE= 0.60mm). No se encontraron diferencias significativas en el diámetro del foramen obturado con respecto al diagnóstico patológico ( $p > 0.05$ ). Además, no se observó una correlación estadísticamente significativa entre la presencia de conductos accesorios y el diagnóstico anatomopatológico ( $p > 0.05$ ).

**Conclusión:** La presencia de conductos accesorios es un desafío a tener en cuenta en el tratamiento endodóntico debido a su dificultad para una limpieza completa. En este estudio no se encontró una asociación significativa entre la presencia de estos conductos y las diferentes anatomías patológicas. Es importante destacar que la ausencia de asociación significativa no descarta la importancia clínica de los conductos accesorios. Su consideración y manejo adecuado siguen siendo relevantes para mejorar la efectividad del tratamiento endodóntico.

**PALABRAS CLAVE:** micro- ct. microcirugía apical. ápices.

## **2. PUESTA A PUNTO DE UN MODELO DE NECROSIS PULPAR EN MOLARES DE RATA CON ÁPICE INMADURO.**

Gonzalez D<sup>1\*</sup>, Schmer C<sup>1</sup>, Ceballos C<sup>1</sup>, Consoli Lizzi E<sup>1</sup>, Corominola P<sup>1</sup>, Nastri L<sup>1</sup>, De Luca RC<sup>2</sup>, Rodriguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA. 2. Cátedra de Histología y Embriología FOUBA

**Objetivo:** Determinar el estado pulpar luego de su exposición al medio bucal en primeros molares inferiores de ratas con ápice inmaduro.

**Materiales y Métodos:** El protocolo del presente ensayo fue aprobado por el CICUAL (Comité para el uso de animales de laboratorio FOUBA). Se utilizaron 10 (n=10) ratas Wistar de 30 días, proporcionadas por bioterio de Cátedra de Histología, FOUBA, las cuales se mantuvieron en condiciones de higiene, ciclos luz-oscuridad 12/12, temperatura ambiente de 21±1o C y humedad relativa de 50 - 60 %. Los animales tuvieron libre acceso a alimentación y bebida. Luego de anestesia con xilacina (2 mg i.p./kg de peso) y ketamina (10mg i.p./kg peso) y aislado el primer molar mandibular, se realizó apertura y exposición pulpar en las raíces mesial y distal, dejando la cavidad de acceso expuesta al medio bucal. Un animal intacto fue considerado control. Se utilizó un microscopio trinocular Newton en un aumento de 10x. Las eutanasias fueron a 0hs, 7hs, 24hs, 48hs, 72hs, 96hs y 7 días. Post eutanasia, se resecaron los maxilares inferiores y se fijaron en formol buffer al 10%. Posteriormente se realizaron radiografías periapicales con un radiovisiógrafo digital. Los maxilares se descalcificaron en EDTA al 10% (pH 7) para su procesado e inclusión en parafina. Se realizaron cortes histológicos semi seriados de aproximadamente 6 µm de espesor en sentido buco lingual, los que se colorearon con hematoxilina y eosina. Por último, se tomaron microfotografías utilizando microscopio óptico Nikon eclipse Ni.

**Resultados:** A las 0 y 7 hs la pulpa y el periápice presentan un aspecto histológico normal. A las 24 y 48 hs hay pérdida de tejido pulpar hasta el tercio medio del conducto y periápice conservado. A 72 y 96hs hay pérdida de tejido pulpar y un remanente con infiltrado inflamatorio en el tercio apical y en el periápice. A los 7 días se observa el conducto radicular vacío e infiltrado inflamatorio en el tejido periapical.

**Conclusiones:** La exposición al medio bucal del tejido pulpar del primer molar inferior de la rata durante 7 días provoca una necrosis del mismo e inflamación de los tejidos periapicales.

**PALABRAS CLAVE:** Endodoncia, necrosis pulpar, ratas Wistar.

### 3. RESPUESTA PULPAR ANTE LA APLICACIÓN DE FUERZAS ORTODÓNCICAS. ESTUDIO EXPERIMENTAL EN RATAS.

Escribano MF<sup>1\*</sup>, Gani O<sup>1</sup>, Steimetz T<sup>2</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia B FOUNC. 2. Cátedra de Anatomía Patológica FOUBA.

**Objetivo:** Estudiar los cambios que las fuerzas ortodóncicas producen en la microvasculatura pulpar en ratas, ejercidas con un aparato de expansión vestibular, tanto en un análisis inmediato como mediato al cese de la activación.

**Materiales y Métodos:** Se utilizaron 25 ratas Wistar macho, de  $8 \pm 1$  semanas de edad, de 270 g  $\pm 20$  de peso, asignadas a tres grupos: GC(n=5) (control) ratas sin tratamiento; GA (n=10) se les practicó la eutanasia inmediatamente de la desactivación; GB (n=10) de eutanasia mediata efectuada 7 días después de retirado el dispositivo. En los grupos GA y GB, se ejercieron movimientos ortodóncicos de expansión por 72h, con un resorte de torsión helicoidal de acero inoxidable que se enhebró en tubos palatinos de bandas de acero cementadas en 1M superiores. Los maxilares superiores fueron resecados, se fijaron en formol 10%, se desmineralizaron para la técnica histológica de rutina (H&E). Se realizó evaluación histológica e histomorfométrica. En imágenes digitalizadas se midió el área interna vascular ( $\mu\text{m}^2$ ) y el número de vasos por área (Image ProPlus v6.0). Los resultados fueron analizados con la prueba paramétrica de Análisis de la varianza, ANOVA de un factor, y test post hoc de Tukey. El nivel de significancia fue 5%.

**Resultados:** Histológicamente se observó hiperemia pulpar con presencia de numerosos vasos de distintos calibres, pletóricos, llenos de eritrocitos. La evaluación histomorfométrica demostró que en relación a GC ( $5407 \pm 1406\mu\text{m}^2$ ), en GA hubo un marcado aumento en el área vascular ( $7806 \pm 2199\mu\text{m}^2$ ;  $p=0,01$ ), y que, si bien disminuyó en el tiempo experimental mediato, la disminución no fue estadísticamente significativa en GB ( $6140 \pm 1632\mu\text{m}^2$ ;  $p=0,05$ ). En cuanto al número de vasos con respecto al GC ( $16,4 \pm 2,6$ ), GA registró el valor medio más elevado de número de vasos ( $20,1 \pm 5,1$ ;  $p=0,38$ ).

**Conclusión:** Las fuerzas ortodóncicas producen alteraciones en la microvasculatura pulpar, las cuales disminuyeron luego de 7 días de la desactivación de la fuerza. Futuros trabajos clínicos permitirán elucidar y comprender la respuesta inmediata de sensibilidad dental en pacientes con tratamientos ortodóncicos.

**PALABRAS CLAVE:** microvasculatura pulpar, fuerzas ortodóncicas, ratas.

#### **4. ATRICIÓN: REACCIÓN DE LA PULPA AL DESGASTE PROGRESIVO DE ESMALTE Y DENTINA: UN ENSAYO EN DIENTES DE CABRA.**

Álvarez Serrano S<sup>1\*</sup>, Zmener O<sup>1</sup>, Yamauchi M<sup>2</sup>.

1. Carrera de Especialización en Endodoncia, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Odontología, USAL /AOA. 2. Sociedad Argentina de Ortodoncia.

**Objetivo:** Analizar mediante microscopía óptica la reacción de la pulpa en dientes de cabra que sufrieron un proceso de atrición en los que se realizaron protecciones pulpares directas experimentales con MTA.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y no cuantitativo. Del total de una muestra de preparados histológicos correspondientes a una experiencia previa en la que 32 incisivos inferiores de cabra fueron sometidos a protecciones pulpares directas, se analizaron solamente nueve (n=9) preparados correspondientes a incisivos que habían sufrido un proceso de atrición avanzado (Grupo 1) y cuyas pulpas fueron protegidas con MTA. Como control (Grupo 2), se analizaron 4 (n=4) preparados histológicos del mismo estudio correspondientes a incisivos que también recibieron protección pulpar directa con MTA pero que no presentaban signos de atrición.

**Resultados:** En todos los preparados del Grupo 1, se observó un tejido calcificado que ocupaba completamente el espacio del conducto radicular. En los cortes seriados más profundos y dentro de la masa calcificada se detectó un importante número de espacios que contenían células inflamatorias o restos de pulpa necrótica. Se observó también una cantidad excesiva de dentina secundaria, áreas aisladas conteniendo células inflamatorias y una masa calcificada intra conducto de aspecto similar a la osteodentina. En solo un caso se observó la presencia de bacterias en los conductillos dentinarios. No se observaron odontoblastos o tejido pulpar normal. En todos los preparados del Grupo 2, los dientes presentaron un puente dentinario reaccional conjuntamente con una hilera de células parecidas a odontoblastos bien conservada y una estructura pulpar normal con numerosos vasos sanguíneos.

**Conclusiones:** Los preparados histológicos correspondientes a los dientes que sufrieron un proceso de atrición revelaron que independientemente de la protección pulpar directa realizada con MTA, la pulpa reaccionó al desgaste de esmalte y dentina mediante la aposición de dentina terciaria, o bien mediante la calcificación y obliteración del espacio del conducto radicular.

**PALABRAS CLAVE:** Atrición, calcificación distrófica, dentina terciaria, pulpa, MTA.

## 5. SÍNDROME DEL DIENTE FISURADO. REVISIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA

Tomey A<sup>1</sup>, Portigliatti R<sup>1</sup>.

1. Especialidad en Endodoncia. Universidad San Antonio de Murcia. AOC.

**Objetivo:** Ordenar la información disponible para crear una guía de conocimiento científico que tenga aplicación para el manejo de los dientes fisurados, centrándonos en las tasas de supervivencia y los factores decisivos para el pronóstico.

**Materiales y Métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed sobre artículos publicados entre los años 2010 y 2024. Se analizaron 24 artículos, de los cuales se descartaron 13 por no cumplir los criterios de inclusión.

**Resultados:** Se determinaron tasas de supervivencia de piezas dentales con fisuras y los factores decisivos para determinar su pronóstico, siendo el factor más importante la protección con coronas provisionales o definitivas. En la bibliografía existe coincidencia, además, en considerar a la profundidad de sondaje como el factor pronóstico más determinante para el descenso de esa tasa de supervivencia.

**Conclusión:** El diagnóstico y tratamiento del diente fisurado es un desafío en la clínica diaria, sobre todo por su impredecible pronóstico. No se cuenta con herramientas que permitan un alto grado de certeza en cuanto a la evolución del diente fisurado. Para obtener mayor confiabilidad en el pronóstico es importante evaluar todos los factores presentes en el estadio preoperatorio, sobre todo los más significativos. Según los artículos analizados en este trabajo el factor pronóstico más relevante es la profundidad de sondaje, relacionada a un diagnóstico pulpar de necrosis; ambos factores derivan en un pronóstico desalentador. Por otra parte, el factor más importante para el aumento de la tasa de supervivencia de las piezas fisuradas parece ser la realización de coronas, ya sea provisionales o definitivas. De acuerdo a esta revisión bibliográfica podemos concluir que un diagnóstico temprano y la preparación con protección del sustrato permiten arribar a tasas de supervivencia de entre un 82 a un 96%. La terapia indicada involucra recubrimiento total pero no siempre tratamiento de endodoncia.

**PALABRAS CLAVE:** síndrome del diente fisurado, profundidad de sondaje, tratamiento endodóntico, tasa de supervivencia.

## 6. COMPATIBILIDAD DIMENSIONAL ENTRE CONOS DE GUTAPERCHA ACCESORIOS Y PRINCIPALES

Zárate IJ<sup>1</sup>, Hilú R<sup>1</sup>, Ensinas P<sup>1</sup>.

1. Carrera de Especialización en Endodoncia. USAL-A0A.

**Objetivo:** Relacionar la conicidad de los conos de gutapercha FM y M con los conos 25.04 y 25.06 de la misma marca comercial.

**Materiales y Métodos:** Fueron seleccionados al azar 80 conos de gutapercha (Meta Biomed CO. LTD), divididos al azar en 4 grupos. Grupo A: 20 conos de gutapercha FM: GE2301U162, GE2307U281, GE2307U281. Grupo B: 20 conos de gutapercha M: G2208U033, GE2307U281, GE2307U281. Grupo C: 20 conos de gutapercha 25.04: GE2401U106, GE2401U106, GE2401U10. Grupo D: 20 conos de gutapercha 25.06: GE2401U106, GE2307U281, GE2307U281. Con un espesímetro centesimal (Mitutoyo 7301, Japan), fueron medidos a 0.5 mm, 1 mm, 3 mm, 5 mm y 16 mm para determinar el diámetro. Los datos fueron volcados en una planilla Excel (Microsoft Office 2016), confeccionada al efecto y evaluados por medio de la prueba t de Student estableciendo un valor de significancia de 0,05.

**Resultados:** En la comparación entre los valores ideales esperados y las medias de la medición de los conos del grupo 1 se encontraron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ), en los sectores 0.5, 1 y 3 y también hubo diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) para los sectores 0.5, 1, 3 y 5 mm del grupo 3.

**Conclusión:** No existiría una correlación exacta entre conos accesorios y principales por lo que sería necesaria una adaptación de los mismos en el momento de la obturación endodóntica.

**PALABRAS CLAVE:** obturación, conos, gutapercha, endodoncia.

## **7. COMPARACIÓN DE LA PENETRACIÓN DE DISTINTAS AGUJAS DE IRRIGACIÓN EN ENDODONCIA.**

Giménez M<sup>1\*</sup>, Fernández Caina I<sup>1</sup>, Miqueo S<sup>1</sup>, Gualtieri AF<sup>2</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA. 2. Cátedra de Odontología Legal, Forense e Historia de la Odontología. FOUBA

**Objetivo:** Comparar la profundidad de penetración de las diferentes agujas de irrigación en endodoncia en conductos simulados instrumentados con el sistema Protaper Gold (PTG) y WaveOne Gold (WOG).

**Materiales y Métodos:** En tacos de entrenamiento (Endo Training Bloc J-Shape Ø15.02 Taper, Dentsply Sirona) instrumentados con sistemas WaveOne Gold y ProTaper Gold (Dentsply Maillefer, Suiza) se midió la profundidad de penetración de 4 agujas de irrigación distintas. Los datos se analizaron mediante la prueba ANOVA de una vía, seguida por comparaciones post hoc empleando la prueba de Tukey-Kramer ( $p < 0,05$  significativo).

**Resultados:** Dentro del sistema PTG, la profundidad de penetración (mm) alcanzada por las agujas TruNatomy, Neojet 25G, Max-I-Probe 30G y 2 side vents tuvo una media (DE) de 14 (2), 11 (2), 11 (1) y 12 (1), respectivamente; con diferencias significativas entre TruNatomy y Neojet 25G ( $p < 0,05$ ), y entre TruNatomy y Max-I-Probe 30G ( $p < 0,05$ ). Con el sistema WOG se obtuvieron resultados similares: la profundidad media (DE) con agujas TruNatomy, Neojet 25G, Max-I-Probe 30G y 2 side vents fue de 14 (1), 11 (1), 12 (1) y 13 (1), respectivamente; también con diferencias significativas entre TruNatomy y Neojet 25G ( $p < 0,05$ ), y entre TruNatomy y Max-I-Probe 30G ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** Los resultados sugieren que para ambos sistemas la aguja TruNatomy alcanza mayor penetración que las agujas Neojet 25G y Max-I-Probe 30G. Posteriores trabajos podrían enfocarse a comparar, específicamente, la profundidad de penetración entre los distintos instrumentos de cada sistema y el material de confección de las agujas.

**PALABRAS CLAVE:** endodoncia, irrigación pasiva, diámetro apical, agujas.

## **8. EVALUACIÓN TOMOGRÁFICA DE LA OBTURACIÓN ENDODÓNTICA REALIZADA POR ALUMNOS DE GRADO EN CANINOS SUPERIORES E INFERIORES**

Frías M<sup>1\*</sup> Rodríguez PA<sup>1</sup>, Labarta AB<sup>1</sup>, Judkin CE<sup>1</sup>, García GA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** Fue evaluar, topográficamente, la adaptación de la obturación endodóntica, en los tres tercios del conducto radicular, de caninos superiores e inferiores.

**Materiales y Métodos:** La presente experiencia se llevó a cabo en la Cátedra de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires y participaron de ella alumnos de 4to año de la carrera de Odontología. Se evaluaron con radiovisiógrafo y tomografía, 30 obturaciones endodónticas realizadas en caninos superiores e inferiores de pacientes que concurren a la Cátedra para su atención. La muestra se dividió en dos grupos de 15 obturaciones cada uno. Ambos grupos se instrumentaron con el sistema ProTaper Gold y se obturaron con el sellador a base de resina ADSeal. El grupo 1 fue obturado con técnica de Condensación Lateral. El grupo 2 fue obturado con técnica de Termocompactación utilizado un instrumento Gutacondensor # 55. Luego de finalizar el tratamiento, y habiendo colocado la restauración provisional, se realizó una tomografía Cone Beam de la pieza dentaria tratada y se evaluó la adaptación de la obturación en los tres tercios del conducto radicular. Los resultados obtenidos se volcaron a una tabla confeccionada a tal fin.

**Resultados:** El grupo 1 mostró adaptación adecuada en los tres tercios del conducto radicular en un 33,33% de los casos evaluados (5 obturaciones). En los casos con adaptación inadecuada fue en el tercio medio del conducto radicular donde se encontraron mayores porcentajes de la misma con un 80% (8 casos sobre 10). El grupo 2 mostró adaptación adecuada en los tres tercios del conducto radicular en un 53,33% de los casos evaluados (8 obturaciones). En los casos con adaptación inadecuada fue en el tercio medio del conducto radicular donde se encontraron mayores porcentajes de la misma con un 85% (6 casos sobre 7).

**Conclusión:** Si bien en ambos grupos se observaron obturaciones con adaptación adecuada en los tres tercios, la técnica de termocompactación mostró mayor adaptación a la anatomía interna de los caninos.

**PALABRAS CLAVE:** caninos, condensación lateral, termocompactación.

## **9. TÉCNICAS DE OBTURACIÓN EN ENDODONCIA COMPARADAS CON MICRO-CT. RESULTADOS PRELIMINARES**

Albisua MB<sup>1\*</sup>, Salgueiro V<sup>1</sup>, Vázquez MC<sup>1</sup>, Rodríguez Parra M<sup>1</sup>, Manion F<sup>1</sup>, Robledo S<sup>1</sup>, Somoza F<sup>1</sup>, Gualtieri AF<sup>2</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA. 2. Cátedra de Odontología Legal, Forense e Historia de la Odontología. FOUBA

**Objetivo:** Comparar con micro-CT tres técnicas de obturación para determinar cuál brinda mayor seguridad en el pronóstico de la pieza tratada.

**Materiales y métodos:** Se seleccionaron 30 premolares inferiores (n=30) que cumplieron con criterios específicos de inclusión y exclusión. Las piezas fueron hidratadas con solución de alcohol y glicerina, divididas en 3 grupos y se realizó apertura con piedra y fresa No4, los conductos fueron tratados con limas Protaper Gold (Denstply). Se aplicaron tres técnicas diferentes de obturación: condensación lateral, cono único y onda de calor (Sistema Fast Pack, Fast Fill, Eighteeth), utilizando AH Plus (Denstply) como cemento. Se realizaron radiografías durante el procedimiento y las muestras fueron analizadas mediante MICRO CT (Bruker 1272) y 3D-SLICER. Los datos se expresaron como media  $\pm$  error estándar y se utilizó ANOVA de una vía para comparar los resultados entre las técnicas de obturación.

**Resultados:** Los resultados son preliminares basados en un n=11. El volumen de poros (mm<sup>3</sup>) con las técnicas de condensación lateral, cono único y onda de calor fue de  $0,96 \pm 0,13$ ,  $1,30 \pm 0,54$  y  $0,62 \pm 0,17$  respectivamente. Estas diferencias no fueron significativas ( $p = 0,30$ ). El análisis estadístico mostró que no hubo diferencias significativas en el volumen de poros entre las tres técnicas de obturación (prueba ANOVA de una vía:  $F_{2,8} = 1,40$ ,  $p = 0,30$ ).

**Conclusión:** Aunque los resultados sugieren que la técnica de obturación con onda de calor puede ofrecer un menor volumen de poros en comparación con la condensación lateral y el cono único, las diferencias observadas no alcanzaron significancia estadística en los resultados preliminares del estudio. Esperamos que, al finalizarlo, los resultados marquen una tendencia. Estos hallazgos proporcionan información valiosa sobre las técnicas de obturación en endodoncia y subrayan la relevancia del uso de micro-CT para evaluar la calidad del tratamiento. La continua exploración y comparación de diferentes métodos de obturación son fundamentales para mejorar la práctica clínica y garantizar resultados óptimos en la preparación de las piezas dentales tratadas.

**PALABRAS CLAVE:** obturación, micro CT, cono único, onda de calor, condensación lateral, endodoncia.

## **10. EFECTO DEL USO DE UN FILTRO HEPA EN EL GRADO DE CONTAMINACIÓN DEL AIRE EXPULSADO POR UN HEMOSUCTOR DE ALTA POTENCIA DURANTE SU FUNCIONAMIENTO.**

Molina Villagomez DA<sup>1\*</sup>, Mendoza García DS<sup>1</sup>, Molina Merchan AK<sup>1</sup>, Duran C<sup>1</sup>, Coria LE<sup>1</sup>, Gualtieri AF<sup>2</sup>, Rodriguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA. 2. Cátedra de Odontología Legal, Forense e Historia de la Odontología. FOUBA

**Objetivo:** Evaluar el grado de contaminación del aire que expulsa un hemosuctor de alta potencia durante su funcionamiento, en presencia y en ausencia de un filtro de aire HEPA en la salida de aire de la unidad.

**Materiales y Métodos:** Se utilizó un hemosuctor de la línea EGEO con un filtro HEPA H13 bacteriológico colocado a la salida de aire de la unidad, que fue retirado y colocado del equipo según necesidad. Se llevaron a cabo dos experiencias, donde se realizaron los mismos procedimientos, en igualdad de condiciones, con un intervalo de 15 días. Previo a realizar cada experiencia, el receptáculo interno del hemosuctor fue descontaminado con solución de hipoclorito de sodio 0,5%. Para el recuento microbiano total, se utilizaron placas de Petri de 4 medios nutritivos diferentes, que fueron codificadas numéricamente, y divididas en 2 grupos experimentales: E1 (Con filtro HEPA) y E2 (sin filtro HEPA) y 1 grupo control: AMB (contaminación ambiental). Las placas fueron cultivadas en capnofilia por 48 horas. Los resultados fueron analizados mediante la prueba de Kruskal-Wallis ( $p < 0,05$ , significativo).

**Resultados:** Se compararon las siguientes condiciones: equipo apagado (contaminación ambiental, AMB), equipo encendido con filtro HEPA (E1) y equipo encendido sin filtro HEPA (E2). No se encontraron diferencias significativas entre las tres condiciones en ambas experiencias.

**Conclusión:** Este estudio no reveló variaciones significativas en la calidad de aire expulsado por el hemosuctor EGEO previamente contaminado con una solución microbiana conocida, en funcionamiento, en presencia y en ausencia de un filtro HEPA. Sin embargo, investigaciones futuras son necesarias para poder determinar si efectivamente existe contaminación en el aire expulsado por los hemosuctores de potencia durante la práctica odontológica habitual; y en caso de existir, evaluar si el uso de un filtro HEPA es un requerimiento necesario para disminuirla.

**PALABRAS CLAVE:** Hemosuctor, filtro hepa, generación de aerosoles, contaminación ambiental.

## **11. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA SOLUBILIDAD DE DOS SELLADORES ENDODÓNTICOS BIOCERÁMICOS Y UN SELLADOR A BASE DE RESINAS.**

Leonhardt A<sup>1\*</sup>, Paduli N<sup>2</sup>, Chantiri M<sup>2</sup>, Zmener O<sup>3</sup>.

1. Departamento de Endodoncia, Hospital José María Cullen, ciudad de Santa Fé. 2. Círculo Odontológico Santafesino. 3. Carrera de Especialización en Endodoncia, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Odontología, USAL-AOA.

**Objetivos:** Determinar el índice de solubilidad de los selladores endodónticos biocerámicos BioLine Sealer ZyBio C Sealer en comparación con el del sellador a base de resina epoxi AH-Plus.

**Materiales y Métodos:** El ensayo de solubilidad fue realizado mediante una modificación de la norma UNE-EN ISO 6876:2012. Se prepararon 18 (n=18) probetas en forma de discos de 10 mm de diámetro y 1,5 mm de espesor (n=6 por material), se pesaron y se almacenaron en frascos de vidrio conteniendo agua destilada. Luego de 24 horas se removieron de los frascos, se secaron y se pesaron nuevamente. Los discos se almacenaron nuevamente en agua destilada durante 30 días luego de los cuales se secaron y se volvieron a pesar. La solubilidad de los materiales problema se calculó en base a la pérdida de peso de las probetas. También se calculó el peso de los residuos remanentes en los frascos. La correlación en cuanto a la pérdida de peso luego de 24 horas y 30 días se calculó mediante ANOVA, el test de comparación múltiple de Tukey y el test t de Student con un nivel de significancia de  $P < 0.05$ .

**Resultados:** Con respecto a la solubilidad de los materiales ensayados ANOVA reveló un efecto significativo para los factores material y tiempo y su interacción ( $P < 0,001$ ). El test de Tukey mostró diferencias significativas entre Bio C Sealer y los otros dos materiales ( $P < 0,05$ ) mientras que no hubo diferencias significativas entre BioLine Sealer Z y AH-Plus. Con respecto a los residuos removidos de los frascos el test t de Student reveló que hubo diferencias significativas ( $t=3,82$ ;  $P=0,003$ ) entre Bio C Sealer y BioLine Sealer Z.

**Conclusiones:** Los selladores BioLine Sealer Z y AH-Plus presentan un índice de solubilidad que responde a la norma UNE-EN ISO 6876:2012 mientras que Bio C Sealer revela una solubilidad promedio mayor a la requerida por la norma.

**PALABRAS CLAVE:** endodoncia, selladores biocerámicos, silicato de calcio, solubilidad.

## 12. COMPORTAMIENTO DE UN CEMENTO BIOCERÁMICO EN UN MEDIO ÁCIDO

Della Porta R<sup>3\*</sup>, Leonhardt A<sup>1</sup>, Paduli N<sup>2</sup>, Chantiri M<sup>2</sup>, Zmener O<sup>3</sup>.

1. Departamento de Endodoncia, Hospital José María Cullen, ciudad de Santa Fé. 2. Círculo Odontológico Santafesino. 3. Carrera de Especialización en Endodoncia, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Odontología, USAL-AOA.

**Objetivos:** El objetivo de este ensayo in vitro, fue evaluar el endurecimiento del cemento biocerámico MTA Bio Sealer Z Polvo/líquido (Densell, Buenos Aires, Argentina) en un medio ácido (pH 4).

**Materiales y métodos:** Se prepararon 10 (n=10) probetas de MTA Bio Sealer Z en forma de discos de 10 mm de diámetro y 1,5 mm de espesor. Cinco discos conteniendo el material fresco fueron sumergidos en frascos plásticos conteniendo suero fisiológico con un pH de 6,5. Los cinco discos restantes fueron sumergidos en frascos conteniendo suero fisiológico al cual se le modificó el pH agregando 1% de ácido fosfórico puro obteniendo de esta manera un pH de 4. Todas las muestras y sus frascos fueron almacenados en estufa a 37°C durante 24 h. Luego se retiraron las muestras, se registró el pH y se comprobó el endurecimiento según Especificación ANSI/ADA No. 57 para selladores endodónticos mediante una aguja de Gillmore con una masa de 100 g y una punta de 2 mm de diámetro. El mismo procedimiento se repitió a las 48 y 72 h. Los valores obtenidos se registraron en una planilla Excel y fueron sometidos a un análisis estadístico.

**Resultados:** A las 72 h, los especímenes sumergidos inicialmente en suero fisiológico con un pH de 4 elevaron el pH de la solución a un valor de 12, y endurecieron completamente en ese medio. En el frasco se observaron residuos de aspecto calcáreo posiblemente a causa de la reacción química entre el ácido fosfórico utilizado para disminuir el pH y el calcio liberado del disco.

**Conclusiones:** El cemento biocerámico polvo/líquido ensayado fraguó adecuadamente en un medio ácido (pH 4) similar al que se encuentra en la reacción inflamatoria perirradicular de origen endodóntico. La acidez del medio no influyó en el normal comportamiento bioactivo del material.

**PALABRAS CLAVE:** endodoncia, selladores biocerámicos, silicato de calcio, medio ácido.

### **13. SOLUBILIDAD DE DISTINTOS SELLADORES BIOCERÁMICOS: ESTUDIO CON MICROSCOPIA CONFOCAL**

Harrán E<sup>1\*</sup>, Macchi R<sup>2</sup>, Vilchez J<sup>1</sup>, Gracias, S.<sup>1</sup>.

1. Práctica Privada. 2. Carrera de Especialización en Endodoncia, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Odontología, USAL-AOA.

**Objetivo:** Comprobar los distintos grados de solubilidad de selladores biocerámicos de uso clínico, siendo evaluados con Microscopía Láser Confocal.

**Materiales y Métodos:** Se investigaron los selladores biocerámicos: BioRoot® (Septodont), MTA Fillapex® (Angelus), Neo Sealer Flo® (AVALON BIOMED), AH Plus Biocerámico® (Dentsply-Sirona). Como control se utilizó AH Plus® (Dentsply-Sirona). Se obtuvieron 5 conductos de incisivos centrales inferiores por grupo y luego de permanecer almacenados durante 14 días a 37°C y 100% de humedad se cortaron transversalmente obteniendo 5 trozos radicales por raíz haciendo un total de 25 por sellador a investigar. Permanecieron en agua bidestilada a 37°C durante 7, 14 y 28 días. Finalizado cada período se tomaron imágenes con MLC comprobando el grado de solubilidad de los selladores a través del aumento del volumen de la zona evaluada.

**Resultados:** Se realizó análisis de varianza de dos factores (material y tiempo) con medidas repetidas en el factor tiempo y prueba de Tukey para comparaciones múltiples. Se corroboraron los resultados con los obtenidos por medio de las pruebas no paramétricas de Kruskal-Wallis (para comparar materiales dentro de cada momento de observación) y de Friedman (para comparar el efecto del tiempo dentro de cada material). El nivel de significancia fue establecido en  $P < 0,05$  en todos los casos. Ambos factores mostraron un efecto estadísticamente significativo, así como su interacción. Esto último indica que efecto del tiempo no se manifestó con igual magnitud en los distintos materiales. La comparación global entre materiales mostró que AH Plus y Neosealer mostraron valores significativamente menores y Bioroot y MTA Fillapex significativamente mayores sin diferencias significativas entre esos pares de materiales. Los valores de AH Plus Biocerámico fueron intermedios con diferencias con respecto a los otros materiales que, en algunos tiempos, no fueron significativas. En todos los materiales las diferencias entre los valores registrados en los distintos tiempos de observación fueron estadísticamente significativas.

**Conclusión:** Todos los selladores biocerámicos a base de silicatos de calcio, presentaron en los distintos tiempos investigados un importante grado de solubilidad. Consideramos que utilizar dichos selladores puede comprometer la calidad de la obturación del conducto radicular.

**PALABRAS CLAVES:** biocerámicos, obturación radicular, silicatos de calcio, solubilidad.

## **14. COMPORTAMIENTO DE DIFERENTES MATERIALES APLICADOS EN TERAPIA DE PULPA VITAL EXPERIMENTAL.**

Chaintiou Piorno R<sup>1\*</sup>, De Lucca RC<sup>2</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>, Fernández Solari J<sup>3</sup>, Mohn C<sup>3</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA. 2. Cátedra de Histología y Embriología FOUBA. 3. Cátedra de Fisiología FOUBA. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Estudiar el comportamiento de diferentes materiales utilizados en la terapia de pulpa vital (VPT) en ratas con pulpitis moderada.

**Materiales y Métodos:** Se utilizaron ratas Wistar macho de 250 gr (n=4 por grupo). Se indujeron pulpitis moderadas en los primeros molares inferiores de las ratas, en las cuales se procedió a realizar la pulpotomía seguida de la aplicación de diferentes materiales como estrategia de VPT. En el primer grupo se utilizó Biodentine; en el segundo grupo, se utilizó un biogel de polivinilalcohol (PVA) aditivado con THC/CBD 1:1 (50µm) y una membrana reabsorbible de colágeno (Ostium Max Cover, Laboratorio Bioxen, Argentina); y en el tercer grupo, se mezcló el biogel de PVA aditivado con THC/CBD 1:1 (50µm) con trisilicato de sodio. Se realizó el correcto sellado coronario con composite y se procedió a la eutanasia a los 7 días post tratamiento. Los hemi maxilares fueron obtenidos y procesados para su estudio histoquímico con H&E.

**Resultados:** Transcurridos los 7 días de tratamiento, en el primer grupo se observó una barrera celular de aspecto similar a la predentina, en el tercio coronario del conducto radicular en contacto con el Biodentine. El ligamento periodontal estaba conservado y el tejido óseo interradicular se encontraba en aparente estabilidad. En el segundo grupo se observó pérdida y degeneración del tejido pulpar con importante infiltrado inflamatorio en el conducto radicular en contacto con el material utilizado. El ligamento periodontal se encontraba ensanchado, observándose pérdida de volumen óseo interradicular. En el tercer grupo se observó una estructura eosinófila acelular en contacto con el material, seguida de infiltrado inflamatorio y pulpa vital en la porción apical del conducto radicular. El ligamento periodontal se encontraba conservado y no se observó pérdida de hueso interradicular.

**Conclusión:** El grupo de biogel de PVA aditivado con THC/CBD 1:1 más trisilicato de sodio mostró una respuesta pulpar menos agresiva con respecto a la encontrada en el grupo con el mismo biogel de PVA aditivado pero donde se adicionó ostium. Los resultados de este estudio muestran que el Biodentine resulta más favorable para la VPT que los otros materiales estudiados.

**PALABRAS CLAVE:** biodentine, terapia de pulpa vital, cannabinoides.

## 15. ESTUDIO CON MICRO-CT DEL ÁREA NO INSTRUMENTADA DE CONDUCTOS EN MOLARES INFERIORES

Martín G<sup>1,2\*</sup>, Mendoza V<sup>2</sup>, Alberdi J<sup>2</sup>, Jacobo M I<sup>2</sup>, Tenaglia N<sup>2</sup>, Mangeaud A<sup>1,2</sup>, Cabirta M L<sup>3</sup>, Rodríguez P A<sup>3</sup>

1. Facultad de Odontología, UNC. 2. Facultad de Ciencias de la Salud UCC. 3. Cátedra de Endodoncia FOUBA.

**Objetivo:** Comparar el porcentaje del área no instrumentada de conductos distales y mesiales de molares inferiores, preparados con los sistemas mecanizados VDW.Rotate (VDW) y Protaper Ultimate (Dentsply Sirona).

**Materiales y Métodos:** Se seleccionaron 20 molares inferiores humanos, extraídos; con 1 conducto distal y 2 conductos mesiales (tipo I y II de Vertucci, respectivamente). Se tomaron radiografías y posteriormente, fueron escaneados con Micro Tomógrafo Bruker SkyScan 1272 (micro-CT). Las imágenes fueron reconstruidas tridimensionalmente con el software Mimics Innovation Suite. De acuerdo con las similitudes anatómicas, se dividieron al azar en dos grupos (n=10). Grupo ROT: instrumentados con el sistema VDW.Rotate, hasta calibre 30/.04 en mesiales y 35/.06 en distales; y Grupo PTU: con sistema Protaper Ultimate, hasta calibre 25/.08 en mesiales y 30/.09 en distales. Para la irrigación se usó hipoclorito de sodio. Se tomó una segunda micro-CT y se analizó el área de superficie no instrumentada en todo el conducto (1-10mm) y en apical (1-4mm). Los datos fueron analizados estadísticamente utilizando las pruebas de Mann Whitney o test t y Modelo Lineal General Mixto. Se emplearon los programas R-Medic e InfoStat, con un nivel de significación del 5%.

**Resultados:** El porcentaje de superficie no instrumentada, en los conductos mesiales, en apical, fue 59% con ROT y 52% con PTU (p=0.5923); y en todo el conducto, 57% con ROT y 53% con PTU (p=0.7121). En el conducto distal, tanto en apical como en todo el conducto, fue 81% con ROT y 75% con PTU (p=0.5867). Las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre los sistemas de instrumentación; y entre la porción apical y todo el conducto. Sin embargo, las diferencias resultaron estadísticamente significativas (p<0,05) al comparar la superficie no instrumentada del conducto distal con los mesiales.

**Conclusión:** En la preparación de conductos distales y mesiales de molares inferiores con Protaper Ultimate y VDW.Rotate, se observó menor porcentaje de área no instrumentada cuando se usó Protaper Ultimate. Con ambos sistemas de instrumentación, los conductos mesiales presentaron menor superficie no instrumentada que el conducto distal. Sin embargo, con ningún sistema se logró instrumentar toda la superficie de los conductos distales y mesiales.

**PALABRAS CLAVE:** molar inferior, micro-CT, instrumentación.

## 16. PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD ECONÓMICA DE LA ENDODONCIA POR ODONTÓLOGOS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

Bosco S<sup>1\*</sup>, Pantanali A<sup>1</sup>, Ensinas P<sup>1</sup>

1. Posgrado Endodoncia Círculo Odontológico de Jujuy

**Objetivo:** Evaluar la percepción de la realidad económica de la endodoncia por especialistas y no especialistas en endodoncia en la República Argentina.

**Materiales y Métodos:** Se diseñó una encuesta específica en la plataforma SurveyMonkey, con 23 preguntas, enviadas vía mail a 1.249 odontólogos de Argentina. El envío y la recepción de datos fue realizada en forma anónima. Las preguntas fueron: 1. ¿Cuánto tiempo hace que se recibió de Odontólogo/a? 2. ¿En qué provincia ejerce? 3. ¿Cuál es su género? 4. Tiene usted título de especialista en endodoncia? 5. ¿Cuántos años lleva realizando tratamientos endodónticos? 6. ¿Realiza tratamientos endodónticos con exclusividad como única práctica? 7. ¿En qué ámbito desempeña su práctica endodóntica? 8. ¿Cuántos tratamientos de conductos realiza por día? 9. ¿Qué tipo de Endodoncia realiza? 10. En el ámbito de su práctica tiene tecnología endodóntica? 11. En caso de responder Sí, especifique la tecnología que dispone: 12. Tiene asistente dental en su consultorio? 13. Es propietario o alquila su consultorio? 14. Es propietario o alquila su casa/depto? 15. Hace tratamientos de conductos con Obras Sociales? 16. En caso de haber respondido SI en la pregunta anterior, qué porcentaje de tratamientos endodónticos realiza con Obras sociales 17. ¿Qué porcentaje de retratamientos realiza? 18. ¿Qué porcentaje de cirugías apicales realiza? 19. Es usted único sostén de familia? 20. Tiene hijos en edad escolar/universidad? 21. En promedio y expresado en pesos argentinos, cuanta gana mensualmente con la endodoncia? 22. Considera que ese monto es suficiente para mantener su estilo de vida? 23. ¿Cómo considera la situación económica en 4 años?

**Resultados:** De 530 respuestas recibidas 360 fueron especialistas en endodoncia y 170 odontólogos generales. El 60% de los entrevistados lleva más de 20 años realizando endodoncia. El 94,34% de los odontólogos trabaja en el ámbito privado contando el 95% con tecnología en su práctica endodóntica. Tanto especialistas como odontólogos generales no pueden mantener su estilo de vida en un 78% y 87% respectivamente. Hubo diferencias significativas ( $p < 0,01$ ) para el tipo de endodoncia, tecnología y monto económico de ganancia mensual para especialistas.

**Conclusión:** La realidad económica de la actualidad argentina influye considerablemente en la visión a futuro de la endodoncia en los odontólogos argentinos.

**PALABRAS CLAVE:** endodoncia, economía, tratamiento endodóntico, argentina.

## 17. HISTOPATOLOGÍA DE LESIONES PERIAPICALES POST MICROCIRUGÍA ENDODÓNTICA.

Santillán ME<sup>1\*</sup>, Miklaszewski ME<sup>1</sup>, Lee, LT<sup>1</sup>, Neput F<sup>1</sup>, Cabirta, ML<sup>1</sup>, Alfie N<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.  
1.Cátedra de Endodoncia FOUBA.

**Objetivo:** Analizar la prevalencia de las entidades patológicas quiste inflamatorio (QI) y Granuloma apical (GA) asociada a lesiones periapicales.

**Material y Métodos:** Se recolectaron los datos de las historias clínicas de 237 pacientes que concurren al Servicio de Microcirugía de la Cátedra de Endodoncia de la FOUBA entre enero del año 2021 y diciembre del año 2023. De todas ellas se registraron: edad, sexo, grupo dentario y cantidad de piezas involucradas en la lesión y diagnóstico anatomopatológico. Se excluyeron del estudio los casos que no se caracterizaban como periodontitis apical (PA), obteniendo una muestra final de 137 pacientes con 166 piezas dentarias tratadas. Los resultados se describieron estadísticamente con frecuencias absolutas (FA), porcentaje (%) y pruebas de asociación de Chi cuadrado de Pearson ( $p < 0.05$ ).

**Resultados:** de los 137 pacientes estudiados: 78 fueron mujeres (57%) y 59 hombres (43%) con una edad promedio de 39 años. Los grupos dentarios involucrados con mayor frecuencia fueron: incisivo superior central (34%) y lateral (31%), seguidos por el primer molar superior y el primer premolar superior. Las lesiones analizadas fueron 137 en total, de las cuales 112 involucraron una pieza dentaria, 23 involucraron dos piezas dentarias y sólo una involucró cuatro piezas dentarias. En lo que respecta al diagnóstico anatomopatológico, 83 lesiones se corresponden con QI, 52 con GA y 2 lesiones no inflamatorias fueron registradas como "otros". No existió asociación significativa entre el grupo dentario involucrado y el diagnóstico anatomopatológico de la lesión (Chi cuadrado Pearson,  $p = 0,06$ ). Sin embargo, sí se halló asociación significativa entre las lesiones que involucran más de una pieza dentaria (25/166) con el diagnóstico anatomopatológico de QI (22/25) donde  $p < 0,05$ .

**Conclusión:** los diagnósticos de las lesiones periapicales analizadas post microcirugía endodóntica coincidieron mayoritariamente con QI, estando éstas significativamente asociadas a las lesiones que involucren más de una pieza dentaria.

**PALABRAS CLAVE:** periodontitis apical; microcirugía endodóntica, quiste radicular, granuloma apical.

## **18. EL CONDUCTO LATERAL: SU DESCRIPCIÓN MORFOLÓGICA, TOPOGRÁFICA Y SU IMPORTANCIA CLÍNICA**

Cantarini C<sup>1\*</sup>, Alfie D<sup>1</sup>, Miraglia Cantarini JP<sup>1</sup>, García G<sup>2</sup>, Goldberg F<sup>1</sup>

1. Cátedra de Endodoncia 1USAL-AOA. 2. Cátedra de Endodoncia FOUBA.

**Objetivo:** Analizar aspectos morfológicos, topográficos y clínicos que hacen a la importancia del conducto lateral en el tratamiento endodóntico.

**Materiales y Métodos:** Se observaron radiográficamente en 272 dientes la presencia de conductos laterales obturados. Al maxilar superior corresponden 45 incisivos centrales, 14 laterales, 12 caninos, 62 premolares y 18 molares. Al maxilar inferior: 3 incisivos laterales, 7 caninos, 52 premolares y 59 molares. Del total, 213 pertenecieron a tratamientos endodónticos y 59 a retratamientos ortógrados. Imagen radiolúcida perirradicular: 197 presencia y 75 ausencia. Técnica de obturación en 113 casos System B, 53 Técnica Híbrida, 35 Gutta Core, 30 compactación lateral, 26 sistemas de gutapercha inyectables y 15 Thermafil. Selladores empleados: 203 con base de resina, 46 con base de óxido zinc-eugenol, 20 con biocerámicos y 3 con base de hidróxido de calcio.

**Resultados:** De los 272 casos, 237 presentaron conducto lateral único obturado, ubicado: 23 tercio coronario, 83 tercio medio y 131 tercio apical. La evaluación clínica y radiográfica a distancia mostró 136 casos. 49 controles a 2 años con reparación total. 43 controles de 2 a 5 años con 36 casos de reparación total. 32 controles de 5 a 10 años con 27 casos de reparación total. 12 controles de más de 10 años, con 10 casos de reparación total.

**Conclusión:** Los conductos laterales son variaciones anatómicas del sistema de conductos radiculares que pueden encontrarse en los diferentes tercios, presentar variados calibres y recorridos. Desde el aspecto clínico adquieren fundamental importancia en las mortificaciones pulpares sépticas, dado que son vías bacterianas importantes para generar daño al tejido periodontal vecino. En relación al pronóstico, se enfatiza la necesidad de tiempos de controles prolongados a fin de detectar clínica y radiográficamente la reparación completa del caso.

**PALABRAS CLAVE:** conducto lateral, conducto radicular, necrosis pulpar.

## **19. CO-EVALUACIÓN DE APERTURAS ENDODÓNTICAS REALIZADAS POR ALUMNOS DE GRADO EN DIENTES EX VIVO**

Cantarini C<sup>1\*</sup>, Goldberg F<sup>1</sup>,

1.Cátedra de Endodoncia 1USAL-AOA.

**Objetivo:** Comparar entre alumnos de grado y un docente de la Cátedra de Endodoncia 1 la calidad radiográfica de las aperturas endodónticas realizadas en dientes “ex vivo”.

**Materiales y Métodos:** 14 alumnos evaluaron las aperturas de 100 tratamientos endodónticos realizados entre 2016 y 2019 en dientes “ex vivo” a través de radiografías ortorradiales postoperatorias antes y después de una rúbrica realizada por un docente. Se consideró correctas a las que eran céntricas y no superan un tercio del espesor mesio-distal a la altura del cuello dentario y se continuaban en forma cónica ininterrumpida respetando la anatomía original; e incorrectas cuando no cumplían con alguno de estos parámetros. Para uniformar la muestra, de acuerdo al criterio del patrón, la mitad de los casos eran correctos y la otra mitad incorrectos. La evaluación estadística fue realizada por el coeficiente de kappa y prueba del signo de Wilcoxon.

**Resultados:** En la frecuencia inicial la concordancia fue pobre: 1 caso, débil: 0 caso, moderada: 8 casos, buena: 3 casos y muy buena: 2 casos. En la frecuencia final fue pobre: 0 caso, débil: 0 caso, moderada: 4 casos, buena: 7 casos y muy buena 3 casos. La diferencia entre inicial y final no fue estadísticamente significativa (Prueba del signo de Wilcoxon).

**Conclusión:** El análisis comparativo entre alumnos y docente determinó en la evaluación radiográfica de la calidad de las aperturas endodónticas realizadas en dientes “ex vivo” un nivel de concordancia de moderada a muy buena.

**PALABRAS CLAVE:** aperturas endodónticas, coevaluación, rúbrica.

## **20. PERIODONTITIS APICAL: RELACIÓN ENTRE EL TAMAÑO DE LA LESIÓN Y EL DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO.**

Lee LT<sup>1\*</sup>, Cabirta ML<sup>1</sup>, Neput F<sup>1</sup>, Miklaszewski E<sup>1</sup>, Santillán ME<sup>1</sup>, Alfie N<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.  
Cátedra de Endodoncia FOUBA.

**Objetivo:** Estudiar la relación entre el tamaño radiográfico de las lesiones periapicales y su diagnóstico histopatológico.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron las historias clínicas de todos los pacientes concurrentes a la Cátedra de Endodoncia de la Facultad de Odontología de Buenos Aires entre julio 2022 y marzo 2024 que se sometieron a microcirugías endodónticas, registrando los siguientes datos: Sexo y edad del paciente, pieza dentaria tratada y resultado del análisis histopatológico, (Granuloma Apical: GA; Quiste inflamatorio radicular: QIR). Asimismo, se recolectaron las imágenes preoperatorias de todos los casos. Todos aquellos pacientes que no contaban con la historia clínica completa y todas las imágenes radiográficas correctas del tratamiento realizado fueron excluidos del estudio. En total se incluyeron en el estudio 107 casos. Las imágenes en formato .tiff fueron procesadas con el software libre y gratuito Image J (Versión 1.54g), mediante el cual un operador realizó la medición del área de cada una de las lesiones en mm<sup>2</sup>. Los datos fueron analizados estadísticamente con pruebas de T de Student para muestras independientes ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Se encontraron diferencias significativas entre el diagnóstico histopatológico y área de la imagen radiográfica de la lesión. Para el grupo con diagnóstico GA  $n=49$ , la media fue 60,13mm<sup>2</sup> (DE: 43,79mm<sup>2</sup>) y para el grupo con diagnóstico QIR  $n=58$ , media 172,12mm<sup>2</sup> (DE: 80,38mm<sup>2</sup>) ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** Los resultados de este trabajo demuestran que el área de las lesiones de GA sería de menor tamaño en comparación a las lesiones asociadas a QIR.

**PALABRAS CLAVE:** Periodontitis apical, histopatología, diagnóstico radiográfico.

## **21. EVALUACIÓN DE LA MICRODUREZA EN DIENTES PERMANENTES JÓVENES CON MTA E HIDRÓXIDO DE CALCIO**

Gómez JJ<sup>1\*</sup>, Rionda González E<sup>1</sup>, Sáez MM<sup>1</sup>, De La Casa ML<sup>1</sup>, Pacios MG<sup>1</sup>.  
Cátedra de Endodoncia. FOUNT

**Objetivo:** Evaluar la microdureza de dientes permanentes jóvenes tratados con MTA y con Hidróxido de calcio, durante 90 días.

**Materiales y Métodos:** Se utilizaron 13 premolares uniradiculares, extraídos por razones ortodóncicas. Se les realizó la apertura y se instrumentó ensanchando el conducto hasta una lima principal 60#, irrigando con NaOCl 1%. Se secó con puntas de papel estériles. Luego dichos elementos se dividieron en tres grupos aleatoriamente. Grupo 1: El conducto se obturó con MTA (EGEO, Bs. As., Arg.), preparado con solución fisiológica en una relación 3:1. Grupo 2: El conducto se obturó con pasta de Ca (OH)<sub>2</sub> con agua destilada en una relación 1:1. Se colocó con lentulo. Grupo 3 (control): El conducto radicular se irrigó con solución fisiológica. Se selló el ápice y la cámara de las piezas dentarias con cemento IRM. Las piezas se cortaron en 2 cilindros de 2 mm de espesor del tercio medio de cada raíz con discos de carburo. Los segmentos de dentina se incluyeron en acrílico rosa autopolimerizable, de modo que una de sus superficies quedará expuesta. La superficie, que mostraba los segmentos, se pulió con pulidora de plato a 750 rpm (PUL-01 Prazis, Buenos Aires, Argentina) con papel de pulido de carburo de silicio de granulometría 600, 1000, 1500 y 2500 y pasta de pulido de diamante de 0,25 µm, empleando propilenglicol puro como lubricante. Para determinar la microdureza se realizaron 3 indentaciones, en cada segmento de dentina a 1 mm de la luz del conducto radicular aplicando un peso de 300 gramos durante 15 segundos. Se empleó durómetro (Durimet, Ernst Leitz, Wetzler, Alemania). Se utilizó el Test de Vickers (norma UNE 7-423-84), obteniendo el número de Vickers (VHN, Vickers Hardness Number) para expresar los valores de microdureza de cada segmento de dentina. Se analizó estadísticamente con ANOVA.

**Resultados:** No se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ).

**Conclusiones:** En ambos tratamientos no se vio afectada la microdureza.

**PALABRAS CLAVE:** endodoncia, microdureza, permanentes jóvenes.

## PRESENTACIONES EN PÓSTER ELECTRÓNICO

### 22. HALLAZGO DE NÓDULOS PULPARES EN MOLARES INFERIORES “VISIÓN DIRECTA VS MICROSCOPIO OPERATIVO”

Romano TG<sup>1</sup>, Guimaraes F<sup>1</sup>, Sierra LG<sup>1</sup>, Lenarduzzi A<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>  
Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivos:** Comparar el hallazgo de nódulos pulpares en molares inferiores visualizados en forma directa y con microscopio operativo (MO). Evaluar su presencia o ausencia en las dos condiciones de lectura planteadas.

**Material y Método:** Población (n=60) molares humanos inferiores ex vivo obtenidos del banco de piezas dentarias Cátedra de Endodoncia FOUBA, utilizados en trabajo Preclínico de cursantes de Posgrado de la Carrera de Endodoncia. El modelo experimental tuvo un n= 54; 6 de ellos descartados por no cumplir criterios de inclusión y exclusión. La lectura del hallazgo de nódulos en cámara pulpar fue realizada por visión directa contrastada con calcificaciones halladas con MO (magnificación 10x). Ambas lecturas fueron realizadas por cursante de Maestría en Microendodoncia como único operador.

**Resultados:** El procesamiento estadístico fue realizado mediante prueba de chi cuadrado (X<sup>2</sup>) de McNemar estableciendo un nivel de significación en P(alfa) menor que 0,05. El valor de X<sup>2</sup> hallado fue 16,06 que corresponde a un valor de P dos colas menores que 0,001; indicando una diferencia estadísticamente muy significativa entre las dos técnicas de lectura utilizadas.

**Conclusión:** Con el MO (10x) se detectaron una cantidad de casos con nódulos pulpares que no fueron detectados con visión directa. En la etapa quirúrgica de apertura de cámara y localización de conductos se requiere del uso de magnificación para identificar las estructuras que se hallan en piso cameral.

**PALABRAS CLAVE:** nódulos pulpares, molares inferiores, microscopio operativo.

## **23. RELACIÓN DE CENTRADO Y TRANSPORTE APICAL DE LOS SISTEMAS RACE EVO Y R-MOTION**

García Leonardi MC<sup>1\*</sup>, Acosta W<sup>1</sup>, Tello A<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUNT.

**Objetivo:** Evaluar el transporte apical y la capacidad de centrado de los sistemas Race Evo y R-Motion utilizando CBCT.

**Materiales y Métodos:** se seleccionaron 20 molares inferiores con curvaturas en su conducto M-V entre 20° a 30°. La muestra se dividió al azar en dos grupos (n=10): grupo 1: Race Evo y grupo 2: R-Motion. Las piezas fueron montadas en un rodete de silicona y se realizaron CBCT previas y posteriores a la instrumentación. Se evaluó la transportación y relación de centrado a 2, 4 y 6 mm desde el ápice dentario. Las imágenes fueron analizadas mediante el software GALAXIS para GALILEOS. Se utilizó el Test Kruskal-Wallis, Test Exacto y Test Mann-Whitney. Se usó un nivel de significancia  $\alpha=0,05$ .

**Resultados:** en cuanto a la transportación hubo diferencia significativa en sentido M-D a los 4 mm ( $p=0,02^*$ ) del ápice dentario, siendo mayor para el sistema Race Evo. No se encontró diferencia a los 2 mm y 6 mm. La relación de centrado difiere significativamente en sentido M-D a los 4 mm ( $p=0,035^*$ ). R-Motion tuvo la mejor relación de centrado. No se encontró diferencia a los 2 mm y 6 mm.

**Conclusión:** Ambos sistemas producen transporte y desviación de la trayectoria original del conducto. Sin embargo, R-Motion tuvo menor transportación y mejor relación de centrado a los 4 mm.

**PALABRAS CLAVE:** transportación apical, relación de centrado, Race Evo, R- Motion.

## **24. ESTUDIO PRELIMINAR IN VITRO DE LA INFLUENCIA DE DOS TIPOS DE ACCESO CAMERAL EN INCISIVOS INFERIORES CON CONE BEAM**

Albornoz Colomo MS<sup>1\*</sup>, Santos AS<sup>1</sup>, Agüero DE<sup>1</sup>, Ortiz Dantur MV<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia, FOUNT.

**Objetivo:** Clasificar la morfología de los conductos radiculares de los elementos estudiados. Determinar la influencia de la apertura cameral en la localización y visualización del o los conductos de incisivos inferiores. Determinar la influencia de la apertura cameral en la angulación de la lima durante la conductometría.

**Materiales y Métodos:** En esta prueba preliminar se utilizaron 40 incisivos inferiores extraídos, obtenidos del banco de dientes de FOUNT. Se realizó radiografía periapical preoperatoria (de frente y perfil) y tomografía computarizada de haz cónico (CONE BEAM) a todas las piezas. Se realizó el análisis de las imágenes y se clasificaron las piezas dentarias según su morfología siguiendo la Clasificación de Vertucci. Se agruparon las piezas en dos grupos: grupo 1: apertura realizada por vestibular, y grupo 2: apertura realizada por lingual (convencional). Se realizaron las conductometrías en todos los casos, utilizando limas tipo k 15 nuevas, se tomaron las rx con posicionador, con toma de frente y de perfil. En las conductometrías con toma de perfil, se midió la angulación que toma la lima en el conducto y se comparó en cada grupo.

**Resultados:** Se encontraron piezas clase I (55%), seguidas de clase III (38%) y finalmente clase II (7%). La apertura por vestibular permitió un mejor acceso en el caso de los incisivos con dos conductos, para poder acceder al conducto ubicado hacia lingual.

**Conclusión:** la apertura cameral es un paso fundamental para el éxito de la terapia endodóntica, y la realización de la misma influye en los pasos siguientes, como se analizó en este estudio, sobre la localización de los conductos y la posición de la lima durante la conductometría. El manejo inicial de todo incisivo inferior debe realizarse como una pieza de dos conductos hasta que el examen clínico, radiográfico y tomográfico demuestre lo contrario.

**PALABRAS CLAVE:** acceso cameral, incisivo inferior.

## **25. PREVALENCIA DE DIENTES RETRATADOS ENDODÓNICAMENTE EN CENTRO ODONTOLÓGICO MUNICIPAL, BERAZATEGUI, ARGENTINA**

Ibarra M<sup>1\*</sup>, Baigorria L<sup>1</sup>, Gómez G<sup>1</sup>, Agüero M<sup>1</sup>, Sierra LG<sup>2</sup>.

1. Centro Odontológico Municipal de Berazategui. 2. Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de piezas dentarias permanentes retratadas endodómicamente y su asociación con el género, en el centro Odontológico Municipal de Berazategui, Argentina, durante los años 2022 y 2023.

**Material y Métodos:** De las 610 prácticas en por derivaciones recibidas en el servicio de endodoncia, 53 correspondieron a la indicación de retratamiento. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, transversal, en 39 pacientes que recibieron retratamiento endodóntico en el servicio de endodoncia del centro odontológico durante los años 2022 y 2023. Se revisaron los registros odontológicos de los pacientes, se utilizó una proforma diseñada específicamente; en donde consten los datos filiatorios, género, fecha de la práctica, edad, pieza dentaria tratada. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 21 (IBM) y se consideró estadísticamente significativo un valor de p inferior a 0,05. Se utilizó la prueba estadística no paramétrica, chi cuadrado ( $\chi^2$ ) para evaluar el grado de asociación entre las piezas dentarias retratadas endodómicamente y el género.

**Resultados:** Se realizaron 53 retratamientos endodónticos en 39 pacientes (29 Femeninos y 10 masculinos). El rango etario corresponde de 14 a 70 años, siendo la edad media 42,49 años. La pieza dentaria más afectada fue el incisivo superior izquierdo = 17%. Se encontró una asociación estadísticamente significativa cuando se comparó las piezas dentarias retratadas endodómicamente y el género. ( $\chi^2=0,037$ ,  $p < 0,05$ ), prueba exacta de Fisher = 0,001.

**Conclusión:** Los retratamientos endodónticos fueron más frecuentes en mujeres. La mayor incidencia de intervenciones se registró entre los 50 y 59 años. La pieza dentaria más afectada fue el incisivo superior izquierdo. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre género y el tratamiento endodóntico.

**PALABRAS CLAVE:** epidemiología, endodoncia, retratamiento.

## 26. PREVALENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE DIENTES TRATADOS ENDODÓNTICAMENTE EN CENTRO ODONTOLÓGICO MUNICIPAL, BERAZATEGUI, ARGENTINA

Baigorria L<sup>1\*</sup>, Ibarra M<sup>1</sup>, Pérez Hinojosa J<sup>1</sup>, Agüero M<sup>1</sup>, Sierra LG<sup>2</sup>.

1. Centro Odontológico Municipal de Berazategui. 2. Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de las piezas dentarias permanentes tratadas endodónticamente en el Centro Odontológico Municipal de Berazategui, Argentina, durante los años 2022 y 2023 y analizar su asociación con el género.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, transversal, en 422 pacientes que recibieron tratamiento endodóntico en el servicio de endodoncia del centro odontológico durante los años 2022 y 2023. Se utilizó la prueba estadística no paramétrica, chi cuadrado ( $\chi^2$ ) para evaluar el grado de asociación entre las piezas dentarias tratadas endodónticamente y el género.

**Resultados:** Se realizaron 557 tratamientos endodónticos en 422 pacientes (286 Femeninos y 136 masculinos). El rango etario corresponde de 10 a 79 años, siendo la edad media 37,07 años. La pieza dentaria más afectada fue el primer molar superior izquierdo = 9.3%. No se encontró una asociación estadísticamente significativa cuando se comparó entre las piezas dentarias tratadas endodónticamente y el género. ( $\chi^2=0,554, p>0,05$ ).

**Conclusión:** Los tratamientos endodónticos fueron más frecuentes en mujeres. La mayor incidencia de intervenciones se registró entre los 20 y 29 años. La pieza dentaria más afectada fue el primer molar superior izquierdo. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre género y el tratamiento endodóntico.

**PALABRAS CLAVE:** Epidemiología, endodoncia, tratamiento endodóntico.

## **27. PRECISIÓN MORFOMÉTRICA DEL CONDUCTO RADICULAR EN IMÁGENES TOMOGRÁFICAS AXIALES**

Romero Pánico JC <sup>1\*</sup>, Murúa PV <sup>1</sup>, Rosales P <sup>1</sup>, Giva C <sup>1</sup>, Gani O <sup>1</sup>.

1. Carrera de Especialización en Endodoncia FOUNC.

**Objetivo:** Evaluar la precisión morfométrica de la imagen CBCT, tanto de la raíz como del conducto radicular en cortes transversales.

**Material y Métodos:** Se utilizaron 10 dientes unirradiculares (5 incisivos y 5 premolares inferiores), unos con estructura típica y otros con alguna variante anatómica. Se colocaron en una mandíbula desdentada. Posteriormente, con un disco sierra se efectuaron en sus raíces cortes transversales a distintos niveles, registrando con exactitud milimétrica el nivel del corte respecto al extremo apical, cuyo valor se utilizó luego para ubicar el plano axial donde realizar el corte tomográfico. Con el software para morfometría Image Pro-Plus v.4.52, sobre imágenes digitalizadas de cada corte radicular obtenido con ambos métodos (cortes anatómicos y cortes tomográficos) se midieron los diámetros mayores (DMR) y menores (DmR) del área radicular. Del mismo modo se midieron los diámetros mayores y menores del conducto (DMC y DmC). El análisis comparativo entre métodos se realizó mediante test de Student para muestras relacionadas.

**Resultados:** La diferencia entre las medidas de los diámetros de los cortes radiculares obtenidos con ambos métodos fueron escasas (0,01 mm DMR y -0,01 mm DmR) con una diferencia estadísticamente no significativa ( $p=0,84$  y  $p=0,73$  respectivamente). En cambio, respecto al diámetro de los conductos, las diferencias fueron mayores, con medias de 0,02 mm para DCM y de 0,23 mm para DCm, con diferencias significativas solo en este último ( $p=0,72$  para DCM y  $p=0,0002$  para DCm). Las medidas obtenidas con CBCT fueron más imprecisas por deformación y magnificación de la imagen si el conducto era amplio o tendía al achatamiento. En cambio, los estrechos se esfumaron en tonalidades grises que impedían valorarlos.

**Conclusión:** Intentar mensurar las dimensiones de los conductos radiculares mediante el método tomográfico conlleva un importante nivel de imprecisión, particularmente en conductos amplios, morfológicamente irregulares, achatados o de dimensiones muy reducidas, un hallazgo que adquiere relevancia si se desea definir forma y amplitud.

**PALABRAS CLAVE:** conducto radicular, examen tomográfico, anatomía endodóntica,

## 28. INFLUENCIA DE LA EXPERIENCIA DEL OBSERVADOR EN LA PERCEPCIÓN DE LA ANATOMÍA ENDODÓNTICA EN LA CBCT

García MF<sup>1\*</sup>, Blotta F<sup>1</sup>, De Gaetani MI<sup>1</sup>, Luraschi C<sup>1</sup>, Spoletti P<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUNR

**Objetivo:** Analizar la percepción de la anatomía endodóntica obtenida con tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) de doce evaluadores con diferentes años de egresados y detectar incongruencias entre ellos.

**Materiales y Métodos:** Se seleccionaron al azar 150 premolares inferiores ex-vivo, que se radiografiaron, fotografiaron y sometieron a CBCT. Un investigador registró número de raíces y conductos y desembocadura del conducto seleccionando cinco imágenes de cada pieza (planos coronal, sagital, axial: tercio coronario, medio y apical) que fueron observadas por evaluadores divididos en 3 grupos (G) según años de egresados (n=4): EA (+25), EB (10-24) y EC (-10) quienes registraron no de raíces, conductos en los 3 planos, y desembocadura del conducto en sagital y coronal. En casos donde no podían observar consignaron NO. Los datos fueron analizados estadísticamente para buscar diferencias entre y dentro de grupos.

**Resultados:** La mayoría identificó un conducto en los tres planos [Me sagital: 139.50 (84.07%); axial: 145.5 (96.76%); coronal: 143.5 (85.39%)], entre los evaluadores no hubo diferencias significativas en el plano coronario ( $p=0,11$ ); pero sí al considerar los planos medio y apical ( $p<0,05$ ) (Test Kruskal-Wallis). Evaluando la desembocadura de los conductos, aún habiendo una diferencia significativa entre los G (ANOVA sagital  $p=0.03$  y coronal  $p=0.02$ ), la desembocadura en apical fue la más frecuente sagital:42.83% coronal:45.61%). Se observó una diferencia significativa en la categoría NO tanto en el plano sagital como transversal (Test de análisis de la variancia) que fue más notoria entre EC que entre los dos restantes (promedio sagital: 73,50%, 70,50% y 25,75%; transversal: 73, 68% y 23,50%).

**Conclusión:** La CBCT puede completar la imagen clínica en el diagnóstico. La incongruencia observada pudo ser consecuencia de utilizar imágenes estandarizadas seleccionadas donde la imposibilidad de navegarlas limita la evaluación. Si bien los graduados más recientes tienen mayor manejo de las tecnologías, una mayor experiencia clínica (EA y EB) permitió a los evaluadores excluir los casos dudosos.

**PALABRAS CLAVE:** percepción del evaluador, tomografía computarizada de haz cónico, anatomía topográfica,



**XIV** ENCUENTRO DE  
**INVESTIGACIÓN**  
SOCIEDAD ARGENTINA DE ENDODONCIA

## RESÚMENES DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN



ASOCIACIÓN  
ODONTOLÓGICA  
ARGENTINA

## PRESENTACIONES ORALES

### 29. EVALUACIÓN IN VITRO DE LA EXACTITUD DEL LOCALIZADOR APICAL INTEGRADO A UN MOTOR DE ENDODONCIA MECANIZADA

Martínez MH <sup>1\*</sup>

1. Carrera de doctorado. FOUNT

**Objetivo:** Evaluar histomorfométricamente la efectividad de un localizador de ápices electrónico incorporado a un motor endodóntico para la determinación y la conservación de la longitud de trabajo durante el tratamiento endodóntico bajo diferentes condiciones experimentales.

**Material y Métodos:** Se utilizarán 40 dientes incisivos centrales superiores. Los especímenes se dividirán en 4 grupos experimentales:

Grupo I: determinación de la longitud de trabajo inicial con el dispositivo indicado en dientes con corona (n=10). Grupo II: determinación de la longitud de trabajo inicial y final luego de la instrumentación mecanizada con el dispositivo indicado en dientes con corona (n=10). Grupo III: determinación de la longitud de trabajo inicial con el dispositivo indicado en dientes sin corona (n=10). Grupo IV: determinación de la longitud de trabajo inicial y final luego de la instrumentación mecanizada con el dispositivo indicado en dientes sin corona (n=10). Para registrar la longitud de trabajo, las piezas se colocarán en un recipiente de vidrio de 50 x 30 mm, previamente relleno con alginato preparado con suero fisiológico (Cloruro de Sodio 0,9 %) (24). Utilizando limas mecanizadas del sistema AF-BLUE R3 One File System (China) y el motor endodóntico Endo Radar Pro (Woodpecker) se realizará el registro de la longitud de trabajo inicial de los grupos I y III. Concluidas las determinaciones iniciales y las finales en los grupos II y IV las limas serán fijadas con cianoacrilato en cada uno de los elementos dentarios, los que a continuación serán incluidos en metacrilato. Se procederá a la realización de la técnica histológica y observación al microscopio óptico.

**Resultados:** Se encuentran en desarrollo.

**Conclusión:** En desarrollo.

**PALABRAS CLAVE:** localizador apical, longitud de trabajo, endodoncia.

### 30. EVALUACIÓN DE LA EXPANSIÓN DE LOS SELLADORES BIOCERÁMICOS

Harrán E <sup>1\*</sup>, Vilchez J <sup>1</sup>, Gracias, S.<sup>1</sup>

1. Práctica privada.

**Objetivo:** Comprobar el grado de expansión de distintos selladores biocerámicos de uso clínico.

**Materiales y Métodos:** Se investigaron los siguientes selladores biocerámicos: BioRoot® (Septodont), MTA Fillapex ® (Angelus), Neo Sealer Flo ® (AVALON BIOMED), AH Plus Biocerámico® (Dentsply-Sirona). Como control se utilizó AH Plus® (Dentsply-Sirona). Se utilizaron 5 recipientes plásticos de 4 mm de ancho por 10 mm de alto los cuales fueron rellenos con 6 mm de alto de cada sellador investigado. Se colocaron en cámara húmeda a 37 °C durante 7 y 14 días. Con Microscopio Láser Confocal se evaluó el grado de expansión y/o contracción de los selladores investigados.

**Resultados:** De acuerdo a lo observado, se comprobó que los selladores MTA Fillapex, AHP Biocerámico y el Neo SEALER Flo están sufriendo contracción. El AH Plus Biocerámico fue el que a los 14 días presentó mayor contracción. El Bio Root fue el que más expansión sufrió llegando a un promedio del 50,39 %. El AH Plus fue el de mejor comportamiento siendo su contracción a los 7 días (0,32%), sufriendo expansión a los 14 días (5,96%).

**Conclusión:** Como conclusión preliminar podemos decir que los selladores a base de silicato de calcio son muy inestables tanto por su expansión como en la contracción de los mismos. Consideramos que la utilización de dichos selladores puede comprometer la calidad de la obturación del conducto radicular.

**PALABRAS CLAVES:** biocerámicos, obturación radicular, silicatos de calcio, solubilidad.

### **31. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CAPACIDAD DE DOS SISTEMAS DE INSTRUMENTOS RECIPROCANTES CON TRATAMIENTO TÉRMICO PARA LA PREPARACIÓN BIOMECÁNICA DE CONDUCTOS RADICULARES CURVOS: UN ENSAYO EX VIVO.**

Moncada A <sup>1\*</sup>, Fernández M <sup>1</sup>, Fernández Bedoya V <sup>1</sup>, Plaza J <sup>1</sup>, Arce Brisson G <sup>1</sup>, Boetto AC <sup>1</sup>, Martínez P <sup>1</sup>, Rodríguez PA <sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Introducción:** La conformación químico mecánica de los conductos radiculares constituye una de las etapas más importante de la endodoncia porque, además de preparar el conducto para su posterior obturación, permite eliminar la infección bacteriana y la posterior reparación periapical. Los conductos radiculares con curvaturas, constituyen un permanente desafío para el clínico. El uso de instrumentos con alta flexibilidad, disminuye el riesgo de accidentes operatorios tales como la separación del instrumento o el transporte del conducto radicular.

**Objetivo:** Evaluar la capacidad de dos sistemas de limas NITI tratadas térmicamente para la preparación y conformación de conductos radiculares curvos de molares inferiores humanos extraídos mediante micro CT. Se analizarán los siguientes factores: 1. Transporte del conducto radicular y 2. Porcentaje del espesor de la dentina remanente en los tercios coronario, medio y apical. La hipótesis nula postula que no hay diferencias significativas en los resultados obtenidos con el uso de ambos instrumentos

**Material y Métodos:** Se utilizarán cuarenta (n=40) conductos mesio vestibulares (CMV) de molares inferiores con ápices totalmente desarrollados y curvaturas de entre 25 y 35 grados de acuerdo a la técnica de Schneider. Las muestras se dividieron al azar en dos grupos experimentales de 20 (n=20) CMV para cada uno de los sistemas ensayados: Grupo A: Wave One Gold (WOG) 25/07 y Grupo B: TF4 Gold Perfect (TF4) 25/07. Previamente al escaneo se obtendrán radiografías digitales de las muestras. Posteriormente se seccionarán las coronas dejando una longitud total de las raíces de 16 mm. Luego de separar las raíces distales de las mesiales, estas últimas serán escaneadas. La longitud de trabajo será establecida en 15,5 mm. Posteriormente se realizará la preparación químico-mecánica de los conductos de acuerdo al protocolo dispuesto por los fabricantes. Finalmente, las muestras serán nuevamente escaneadas. Las imágenes serán analizadas independientemente por dos investigadores previamente calibrados mediante el software Image J 1.38x (National Institutes of Health, Bethesda, MD). Finalmente, los resultados serán sometidos a un análisis estadístico.

**Resultados:** Se encuentran actualmente en desarrollo.

## **32. ANÁLISIS DE LA FLUIDEZ DE SELLADORES BIOCERÁMICOS EN CONDUCTOS LATERALES ARTIFICIALES PREPARADOS EN DIENTES EXTRAÍDOS**

García LR<sup>1\*</sup>, Baumgarten S<sup>1</sup>, Neira G<sup>1</sup>, Kuczek M<sup>1</sup>, Pérez Rodríguez PJ<sup>1</sup>, Barbiero R<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** Comparar in vitro la capacidad de fluir de los agentes selladores biocerámicos: Bio C Sealer, Ceraseal y Mta Bio Sealer Z.

**Material y Métodos:** Se utilizarán 30 premolares inferiores unirradiculares, humanos, extraídos recientemente y con el ápice maduro. Se les cortará la raíz en forma transversal al eje largo del diente obteniendo raíces de 16 mm, medidos desde el vértice apical y usando discos de carborundum. La instrumentación se realizará con sistema recíprocante WAVE ONE GOLD hasta la lima Primary de 25.07. Se colocará una lima K10 en cada conducto a 18 mm hasta que se vea emerger a través del agujero apical. La longitud de trabajo se establecerá restándole 3 mm, como las raíces son de 16 mm, la longitud de trabajo será de 15mm. Luego se generarán, conductos laterales con una fresa específica. Paso siguiente se obturará, utilizando técnica de cono único en todos los casos y dividiendo el total de la muestra, en 3 grupos de 10 raíces: GRUPO A: Obturados con cemento Bio C Sealer, GRUPO B: Obturados con cemento Cera Seal, GRUPO C: Obturados con cemento MTA Bio Sealer Z

Las 30 endodoncias serán realizadas por el mismo operador, que será un cursante de segundo año de la Carrera de Especialización en Endodoncia (FOUBA). Las 180 perforaciones que simularán los conductos laterales serán realizadas por el mismo operador, quien posee experiencia anterior en el uso del instrumento. Para el respaldo radiográfico se relazarían 3 tomas con RVG, con dirección vestíbulo lingual del rayo: 1) Preoperatoria, 2) Post instrumentación y con los conductos laterales simulados y 3) Postoperatoria. Los datos se analizarán con pruebas estadísticas.

**Resultados:** en proceso.

**Conclusión:** En proceso.

**PALABRAS CLAVE:** obturación, selladores biocerámicos, conductos laterales.

## PRESENTACIONES EN PÓSTER ELECTRÓNICO

### 33. PREVALENCIA DEL CONDUCTO MEDIO-MESIAL EN PRIMEROS MOLARES INFERIORES EN UNA POBLACIÓN ARGENTINA

Gómez A<sup>1\*</sup>, Brunengo MA<sup>1</sup>, Robles C<sup>1</sup>, Vrlica K<sup>1</sup>, Corominola P<sup>1</sup>, Nastri L<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Introducción:** Los fracasos endodónticos están asociados a la presencia de conductos no tratados. El conocimiento de la anatomía interna de los dientes y sus variables es fundamental para el éxito del tratamiento. Los primeros molares inferiores están entre las piezas que más requieren tratamiento. Entre las variaciones anatómicas más importantes se encuentra el conducto medio mesial. Si bien hay estudios de prevalencia a nivel mundial, no hay trabajos reportados en América Latina.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia del conducto medio mesial en el primer molar inferior permanente y sus características anatómicas mediante tomografía computada de haz cónico, en una población argentina.

**Materiales y métodos:** Se realizará un estudio retrospectivo y observacional. El tamaño muestral fue calculado mediante una fórmula apropiada para estimar prevalencias (Pallás y Villa, 2004), cuyo resultado indica incluir no menos de 292 piezas dentarias. Se utilizarán las imágenes de TCHC de pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires (Cátedra de Diagnóstico por Imágenes y Cátedra de Endodoncia) y de pacientes atendidos en el Hospital Municipal San Cayetano (San Fernando, Buenos Aires). Se implementará la prueba de confiabilidad interobservador kappa de Fleiss revisando 50 imágenes tomográficas. Criterios de inclusión: Tomografías que incluyan primeros molares inferiores permanentes (unilateral o bilateral) con ápice cerrado. Criterios de exclusión: Anclaje intrarradicular, tratamiento endodóntico previo. Variables a registrar en la planilla de datos: edad al momento del estudio, sexo, pieza dentaria, Voxel y Fov. presencia o no de conducto mediomesial, clasificación (independiente, aleta o confluyente) (Pomeranz et al, 1981). bilateralidad, ubicación del orificio de inicio del CMM (medir la distancia a los conductos ML y MV), y en casos de confluencia: a qué distancia del piso cameral ocurre la misma. Para comparar las frecuencias observadas con las frecuencias esperadas bajo la suposición de independencia, se utilizará la prueba de bondad de ajuste de Chi-cuadrado. La comparación de pares de porcentajes se realizará mediante la prueba de diferencia de proporciones de Pearson Chi-cuadrado.

**Resultados:** Estudio en avance, se presentarán resultados parciales hasta la fecha de exposición.

## **34. ESTUDIO COMPARATIVO DE RESISTENCIA A LA FATIGA CÍCLICA ENTRE DOS SISTEMAS RECIPROCANTES.**

Vassallo B<sup>1\*</sup>, Anchundia B<sup>1</sup>, César E<sup>1</sup>, Pérez Rodríguez PJ<sup>1</sup>, Somoza F<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Introducción:** La Endodoncia se encarga de estudiar los tejidos dentarios y su relación con los tejidos periodontales, trata las patologías que en ellos asientan, para mantener las piezas dentarias en función y lograr la reparación tisular circundante. En los últimos años la cinemática recíproca ha ganado terreno dentro de la instrumentación mecanizada, por esta razón, para realizar el presente estudio, se eligieron dos sistemas recíprocos como el R Motion (FKG®, Suiza) y el AF R3 blue (Fanta®, China). Ambos presentan características similares: aleación de Niti fase R, corte transversal triangular, buena adaptación en conductos curvos por su gran flexibilidad, menor efecto de atornillamiento a la dentina, punta inactiva, mayor rapidez de trabajo, y buena eficacia de corte.

**Objetivo:** Comparar la resistencia a la fatiga cíclica entre ambos sistemas recíprocos en un conducto curvo simulado. Determinar el tiempo de fractura y establecer la cantidad de ciclos de rotación hasta alcanzar la fractura.

**Materiales y Métodos:** Se utilizará una platina de acero inoxidable con una cubierta vítrea y cuatro canales fresados de 25 mm de longitud, con una curvatura de 80°, según la clasificación de Schneider, ubicada a 7 mm del extremo final del conducto. Los instrumentos objeto de comparación son 12 limas R Motion (Fkg®) y 12 limas AF R3 Blue (Fanta®), ambas con taper .06 y 25 mm de longitud. Los instrumentos serán accionados con un motor endodóntico Smart Plus® (Dentsply) de acuerdo con las indicaciones del fabricante hasta la fractura del mismo. Todas las preparaciones quirúrgicas serán realizadas por un solo operador, cursante de tercer año de Carrera de Especialización en Endodoncia, y serán filmadas utilizando una cámara fotográfica Nikon D7200®, con un lente macro 105 mm desde el inicio hasta alcanzar la fractura del instrumento, se medirá el tiempo de fractura, en segundos, con un cronómetro digital Casio HS-70W-ID®.

**Resultados:** Los datos obtenidos serán expresados de manera cuantitativa mostrando los valores promedios y la desviación estándar correspondiente a la cantidad de ciclos y tiempo hasta su fractura, medido en segundos.

**Conclusión:** Se redactará posterior al desarrollo del trabajo.

**PALABRAS CLAVE:** fatiga cíclica, instrumentación recíproca, curvaturas severas.

### **35. EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE CENTRADO Y TRANSPORTE APICAL DEL CONDUCTO RADICULAR UTILIZANDO DOS SISTEMAS MECANIZADOS EN CONDUCTOS CURVOS MEDIANTE EL USO DE MICROTOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (MICRO-CT).**

Tarifa L<sup>1\*</sup>, Ruano F<sup>1</sup>, France F<sup>1</sup>, Robledo S<sup>1</sup>, Rulli M, Rodríguez PA<sup>1</sup>

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** Comparar la capacidad de centrado y transporte del canal radicular utilizando dos sistemas mecanizados recíprocos, R-Motion y AF Blue R3 en canales curvos mediante el uso de microtomografía computarizada.

**Materiales y métodos:** Se realizará un estudio experimental ex vivo. El tamaño de la muestra será de 24 piezas dentarias que serán seleccionadas según el siguiente criterio de inclusión: dientes sin calcificaciones, con ápice desarrollado, sin tratamiento de conductos previo, sin reabsorción interna y/o externa, con raíces mesiales de tipo IV según clasificación de Vertucci, y una curvatura apical de 25 a 40 grados, según clasificación de Schneider. Las raíces mesiovestibulares serán seccionadas usando un disco de carborundum y colocadas en un posicionador para ser escaneadas usando un micro tomógrafo (SkyScan 1172; Bruker-micro CT), para observar la anatomía original del conducto radicular y el foramen apical. Posteriormente, las muestras serán divididas al azar en dos grupos. Grupo 1 (G1) n=12 se preparará con el sistema AF BLUE R3 y grupo 2 (G2) n=12 con el sistema R-MOTION.

En ambos grupos, cada instrumento será utilizado una sola vez como sugiere el fabricante. Se irrigará con hipoclorito de sodio al 2,5 % y EDTAC al 17%; los conductos serán secados con conos de papel. Por último, se realizará un segundo escaneo para después comparar y analizar las imágenes pre y post instrumentación en el software NRecon. Se evaluará el volumen dentinario y la posición del foramen apical. Se analizarán los primeros 6 mm apicales para evaluar el transporte apical. El desgaste dentinario será evaluado utilizando el método descrito por Gambill et al.

**Resultados esperados:** Se espera obtener información que brinde a la comunidad odontológica un mayor conocimiento acerca de la capacidad de centrado y transporte apical que presentan ciertos sistemas de limas, lo cual ayudará a optar por el sistema más adecuado para caso clínico. Los datos obtenidos serán analizados en el programa estadístico SPSS; mediante pruebas de normalidad se determinará la homogeneidad de las muestras para así utilizar el análisis estadístico apropiado. Dependiendo si la muestra es paramétrica o no paramétrica se usará el test T de Student para muestras independientes o U Mann-Whitney, según corresponda.

### **36. MÉTODO DE KVAAL PARA ESTIMACIÓN DE EDAD DENTAL EN UNA POBLACIÓN ADULTA. \***

Navarro Guitart M<sup>1\*</sup>, Aramburu G<sup>2-3</sup>

1. Cátedra de Anatomía Patológica FOUNC. 2. Cátedra de Introducción a la Odontología FOUNC.  
3. Cátedra de Farmacología FOUNC

**Objetivo:** Evaluar precisión y confiabilidad del método de Kvaal para estimar la edad dental en una población adulta. Determinar edad dental utilizando el método de Kvaal. Analizar el dimorfismo sexual. Construir fórmula de estimación de la edad dental ajustada a la población de estudio.

**Materiales y Métodos:** Se trabajará un universo de 138212 ortopantomografías digitales del centro de imágenes Instituto Oulton. Criterios de inclusión: Imágenes de pacientes domiciliados en la ciudad de Córdoba, con edad entre 20 y 87 años y que presenten los elementos 11/21,12/22,15/25,32/42, 33/43, 34/44. Criterios de exclusión: Imágenes de elementos dentales a estudiar semiretenidos, retenidos, superposición de esmalte con elementos vecinos, obturaciones, prótesis, endodoncia, procesos apicales, ausencia total de esmalte en incisal y oclusal. Se obtendrá un N de 408 ortopantomografías, se distribuirán por sexo, edad e ingresarán al programa informático Image J® para realizar las medidas: 1. Longitud del elemento: distancia desde el punto más oclusal hasta el ápice. 2. Longitud de la pulpa: distancia desde el punto más oclusal de la cavidad pulpar hasta el ápice. 3. Longitud de la raíz en la superficie mesial desde la unión cemento esmalte hasta el ápice. 4. Ancho de la raíz y de pulpa en la unión cemento esmalte (A). 5. Ancho de raíz y de pulpa a mitad de camino entre ápice y A (C). 6. Ancho de raíz y de pulpa a mitad de camino entre los niveles de medición A y C (B). 7. Longitud borde incisal/cúspide al punto más oclusal de cavidad pulpar (M1). 8. Longitud techo cámara pulpar a línea A (M2) (estas dos últimas medidas propuestas por el autor del trabajo, modificando método original). Descriptores Estadísticos: Se calcularán valores medios de las relaciones entre las longitudes y anchos obtenidos. Correlación de Pearson para variable edad, con las proporciones y los distintos valores medios de proporciones. Modelo de regresión logística lineal para construcción de fórmula ajustada a la población. Modelos de regresión no lineal Gompertz y Verhulst, para comparar con los modelos realizados.

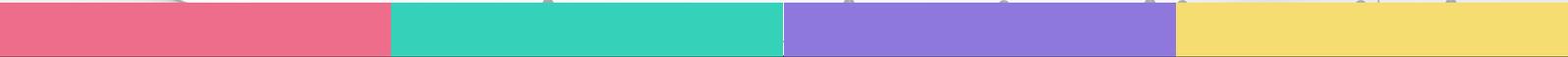
**Resultados:** en proceso

**Conclusión:** en proceso



**XIV** ENCUENTRO DE  
**INVESTIGACIÓN**  
SOCIEDAD ARGENTINA DE ENDODONCIA

RESÚMENES DE  
CASOS CLÍNICOS



ASOCIACIÓN  
ODONTOLÓGICA  
ARGENTINA

## PRESENTACIONES ORALES

### 37. SEGUIMIENTO A DISTANCIA DE UN TRAUMATISMO DENTARIO: IMPORTANCIA Y CONSIDERACIONES

Serón RS<sup>1\*</sup>, Chaintiou Piorno R<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** Evidenciar la importancia del control clínico e imagenológico a distancia luego de un traumatismo dental.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 13 años acude a la Cátedra de Endodoncia FOUBA a la semana de haberse caído en la plaza en julio del 2021. Presenta fracturas coronarias complicadas en piezas número 1.2 y 1.1. Se realizó el análisis clínico e imagenológico para planificar el tratamiento. Se realizaron los tratamientos endodónticos en ambas piezas dentarias y en la misma sesión se restauró la pieza 1.1 con composite, mientras que en la pieza 1.2 se colocó un poste de fibra como anclaje intrarradicular seguido de la reconstrucción con composite. Se le explicó al paciente la importancia de los controles y se le recitó para evaluar la evolución del caso. En el control anual, se observó la presencia de inflamación en las papilas interdentes en relación al incisivo lateral, y la radiografía periapical mostró una zona radiolúcida a nivel cervical. Se decide complementar el análisis mediante una CBCT, en la cual se concluyó que se trataba de una reabsorción cervical externa, motivo por el cual se propone una nueva estrategia de tratamiento y continuar con los controles pertinentes al caso.

**Discusión:** Los traumatismos dentales ocurren con mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes. Las lesiones más comunes en la dentición temporal son las luxaciones, mientras que en dentición permanente son las fracturas coronarias. El adecuado diagnóstico, plan de tratamiento y los controles son muy importantes para permitir un pronóstico favorable.

**Conclusión:** En el presente caso, de no ser por el control a distancia, no se hubiese advertido la reabsorción cervical externa en el incisivo lateral, ya que el paciente estaba asintomático y clínicamente no presentaba ningún signo que pudiera advertir lo que estaba sucediendo más allá de la inflamación de las papilas interdentes en relación a esa pieza.

### **38. TOMA DE DECISIONES EN UN TRAUMATISMO CON PRONÓSTICO RESERVADO.**

Rodríguez PA <sup>1\*</sup>, Miklaszewski E <sup>1</sup>, Cabirta, ML <sup>1</sup>  
1.Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** Describir la secuencia diagnóstica y de toma de decisiones ante un caso de un traumatismo con pronóstico complejo.

**Presentación del caso:** Material y técnicas: Se presentó a la consulta un paciente traumatizado con un mes de evolución que relata haber permanecido hospitalizado e internado por traumatismo craneoencefálico. Al examen intraoral observa que la pieza 2.1 presenta una fractura conminuta de su corona clínica. Se realizó el protocolo de imágenes 2D y 3D y fotografías intraorales. Luego de descartar las posibilidades de conservar la raíz dentaria, se tomó la decisión de realizar la exodoncia y la rehabilitación implanto-protética correspondiente utilizando herramientas de diseño digital, donde se confeccionó una guía quirúrgica personalizada para la colocación del implante. Una vez obtenida se realizó la exodoncia y se colocó un implante, concluyendo el tratamiento con la instalación de la corona cemento-atornillada a los 3 meses.

**Discusión:** Las herramientas digitales permiten, no solo mejorar los tiempos clínicos, sino, además, trabajar de manera minuciosa y precisa en la planificación de los casos que abordamos en la clínica diaria.

**Conclusión:** Este caso nos permite identificar la importancia de la utilización de nuevas tecnologías sin dejar de destacar la visión clínica de un especialista en endodoncia donde prima la conservación de los tejidos y de la pieza dentaria.

### **39. ÉXITO DE LA TERAPIA DE PULPA VITAL EN TRAUMATISMO REITERADO.**

Rodríguez PA<sup>1\*</sup>, Miklaszewski E<sup>1</sup>, Cabirta, ML<sup>1</sup>

1.Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** Describir el tratamiento de una pieza dentaria con reiterados traumatismos.

**Presentación del caso:** Material y técnicas: Paciente de 28 años de sexo femenino se presenta a la consulta con un traumatismo dentoalveolar luego de tres días de evolución. Relata que le realizaron un tratamiento de urgencia inmediatamente al momento del suceso. A la inspección intraoral presenta una fractura amelodentinaria con exposición pulpar en la pieza 2.1, que al contacto oclusal presenta una movilidad moderada, y una férula de alambre vestibular que se extendía hacia las piezas 2.2 y 1.1, incorrectamente fijada. Se realizaron imágenes radiográficas digitales (2D y 3D) y fotografías intraorales. Ante la evaluación de las imágenes se observa una fractura radicular oblicua en el tercio cervical, extendida hacia palatino con fractura de tabla ósea. Se realizó una terapia de pulpa vital (pulpotomía total) en la pieza 2.1 utilizando un cemento biocerámico. Posteriormente se procedió al sellado de ambas superficies en la línea de fractura con resina autograbante y auto acondicionante para sujetar los cabos fracturados. Se realizaron controles periódicos inmediatos y a distancia. Durante el seguimiento de 2 años presentó, además, otros tres traumas dentarios, a pesar de los cuales, al día de la fecha, la corona permanece adherida y con diagnóstico de pulpa vital.

**Discusión:** El caso tratado destaca la importancia del seguimiento cercano del paciente que ha sufrido un traumatismo dentario tanto para asegurar el éxito del tratamiento realizado como para la prevención de complicaciones asociadas al mismo. Además, demuestra la eficacia de las terapias de pulpa vital en dentición permanente adulta.

**Conclusión:** La terapia de pulpa vital es una alternativa conservadora y viable para el tratamiento endodóntico, preservando el tejido pulpar en piezas dentarias que, a pesar de recibir numerosos y repetidos accidentes, permanecen estables biológicamente en la cavidad bucal.

## 40. TRATAMIENTO DE LAS REABSORCIONES INFLAMATORIAS EXTERNAS POST AVULSIÓN DENTARIA. FOTOBIMODULACIÓN CON LÁSER DE DIODO.

Pizarro Meneses CG<sup>1\*</sup>, Casadoumecq AC<sup>1</sup>, Labarta AB<sup>1</sup>, Rodriguez PA<sup>1</sup>

1.Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** Concientizar al clínico sobre la importancia de realizar la reposición inmediata de la pieza avulsionada, alcalinizar el conducto para bajar la carga bacteriana y comenzar el seguimiento a distancia para controlar el proceso reabsortivo mediante fotobimodulación con láser de diodo.

**Reporte del caso:** Paciente femenino 13 años, concurre a la consulta a la Cátedra de Odontología Integral Niños por golpe con palo de hockey. Presentó luxación lateral extrusiva de piezas 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 y avulsión de piezas 4.3 y 4.4. Es remitida a Cátedra de Endodoncia 6 meses después del trauma, cuando ya había comenzado la reabsorción de las piezas 4.3 y 4.4 y las restantes presentaban lesiones inflamatorias apicales. Se tomó CBCT. Se alcalinizaron las 6 piezas dentarias, se registró profundidad de bolsa y realizó fotobimodulación con láser de diodo LX 16 Plus, de alta potencia 975 nm (Woodpecker, China), para descontaminación de los conductos y bolsas periodontales, utilizado con punta de periodoncia. Los tratamientos endodónticos se obturan a los 30 días con sellador biocerámico Bio C Sealer (Angelus). El control clínico, radiográfico y tomográfico (CBCT) a los 6 meses mostró la completa remisión de las lesiones periapicales en piezas 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 y la detención del proceso reabsortivo en las raíces de las piezas 4.3 y 4.4. La paciente continúa en seguimiento.

**Conclusión:** La reabsorción inflamatoria externa es una secuela frecuente en los traumatismos dentarios. Su etiología radica en la contaminación proveniente del conducto radicular y en el daño de la superficie externa de la raíz (ligamento periodontal/cemento). Comprender cómo se genera y evoluciona esta patología es esencial para planificar adecuadamente el tratamiento, el cual casi siempre resulta un desafío. La detección temprana de la reabsorción es esencial para un manejo exitoso. Los retrasos en el tratamiento por diagnósticos tardíos o tiempos de espera por derivación son contraproducentes. Si bien el resultado del tratamiento puede ser incierto, es nuestro deber informar al paciente y darle las indicaciones precisas para lograr en conjunto, un postoperatorio satisfactorio.

## **41. LUXACIÓN LATERAL E INTRUSIVA EN DIENTES PERMANENTES JÓVENES. CASO CLÍNICO.**

Naumiec C<sup>1\*</sup>, Attis A<sup>1</sup>, Martínez P<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** Las lesiones dentarias por intrusión corresponden entre el 5 al 12% de los casos de luxaciones. En este tipo de lesiones traumáticas se produce el máximo daño pulpar y de todas las estructuras de soporte.

**Reporte del caso:** En el presente caso clínico se describe la resolución de una urgencia y sus posteriores controles clínicos y radiográficos de un paciente de 8 años de edad que sufrió un traumatismo en sus incisivos centrales superiores permanentes. El paciente concurrió a la Cátedra de Endodoncia (FOUBA) 24 horas después del traumatismo. Se le realizó su diagnóstico clínico y por imágenes, mediante radiografías periapicales y tomografía computada ConeBeam (CBCT). La pieza dentaria 1.1 presentó luxación lateral y la pieza 2.1 una intrusión con fractura amelodentinaria. Ambas piezas dentarias presentaban formación radicular incompleta. El tratamiento realizado fue reposicionamiento de las piezas dentarias 1.1 y 2.1 su posterior férulización con tanza de pescar y resina compuesta. Hasta la actualidad (8 meses de seguimiento) se realizaron controles clínicos y radiográficos en ambas piezas dentarias con ausencia de signos y síntomas. Ambas piezas responden de manera positiva al test de sensibilidad pulpar.

**Conclusión:** Si bien la intrusión dentaria por traumatismo es de mal pronóstico, cada caso debe evaluarse en forma particular. En el presente caso clínico, consideramos que la edad del paciente y el correcto tratamiento durante la urgencia y sus posteriores controles fueron de suma importancia mantener estas piezas dentarias en boca.

## 42. TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Molina Villagómez DA<sup>1\*</sup>, Barbiero RV<sup>1</sup>, Migueles A, Panetta V<sup>1</sup>, Rodriguez PA<sup>1</sup>.  
1.Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** El manejo de traumatismos dentarios es un desafío para el profesional endodoncista, siendo necesario una actualización periódica. El abordaje inmediato y el tratamiento correcto influyen en el pronóstico. Es fundamental el seguimiento exhaustivo de las piezas dentarias que recibieron un traumatismo dentoalveolar y preservar la pulpa vital cuando sea posible.

**Presentación del caso:** Paciente masculino, 16 años, con tratamiento de ortodoncia, acude a una guardia hospitalaria, tras recibir un golpe de puño. Las piezas dentarias involucradas fueron 3.1, 3.2, 4.1 y 4.2, el diagnóstico fue luxación extrusiva en las piezas dentarias 3.1 y 3.2 y luxación lateral en las piezas dentarias 4.1 y 4.2. El tratamiento de urgencia fue reubicación dentaria una hora post traumatismo. A las 12 horas concurre a cátedra de Endodoncia dónde se realiza historia clínica, diagnóstico clínico y CBCT, confirmando el diagnóstico de la pieza 3.1, fractura de tabla lingual y luxación extrusiva; la pieza 3.2 con luxación extrusiva; la pieza 4.1 con fractura de tabla lingual y luxación lateral, y la pieza 4.2 con luxación lateral. Ante la prueba de respuesta pulpar la pieza dentaria 4.2 fue positiva y las 3.1, 4.1 y 4.2 negativas. Tratamiento inmediato una correcta reubicación dentaria y ferulización semirrígida con alambre de Ortodoncia destemplado, ligadura en 8 desde piezas dentarias 3.3 a 4.3, indicación de analgésicos, antibioticoterapia, y control tomográfico de la segunda reubicación dentaria. Control de 15 y 30 días, la respuesta pulpar de 4.1 y 4.2 fueron positivas, y de 3.1 y 3.2 negativas por lo que se les realizó la endodoncia en la misma sesión. A los 2 meses, se retira la férula semirrígida. Siendo la prueba de pulpa positiva en 4.1 y 4.2. Al control semestral y anual, la respuesta pulpar de las piezas de 4.1 y 4.2 siguió siendo positiva 3.1 y 3.2 se encuentran sin sintomatología dolorosa.

**Conclusión:** Seguir el protocolo utilizado permite respetar los tiempos biológicos de curación y conservación de la salud de los tejidos periapicales en los tratamientos de ortodoncia post traumatismo dental. Los controles a lo largo del tiempo son esenciales para garantizar la eficacia del tratamiento.

### **43. ORTODONCIA EN DIENTES AVULSIONADOS. PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN.**

Rodríguez PA<sup>1\*</sup>, Forciniti RF<sup>1</sup>, Castiñeira D<sup>1</sup>, Santillán ME<sup>1</sup>, Barbiero R<sup>1</sup>, Cabirta ML<sup>1</sup>.

1.Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** Establecer un protocolo de atención para iniciar tratamientos de ortodoncia post trauma dental basado en el diagnóstico endodóntico de las piezas afectadas.

**Materiales y Métodos:** Paciente de 12 años, derivada a la Cátedra de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires (FOUBA). El motivo de la consulta fue el traumatismo y avulsión de las piezas dentarias anterosuperiores. Éstas fueron conservadas y transportadas en un medio isotónico, a los 20 minutos de ocurrido el traumatismo, se realizó el protocolo de atención según la IADT (International Association of Dental Traumatology). Se confeccionó una férula flexible que involucró piezas vecinas y se retiró a las 2 semanas. Se realizaron controles a 2, 4, 6 y 8 semanas, a los 3 y 6 meses, 1 año y anualmente hasta 5 años posteriores al trauma. Las piezas dentarias en todos los controles respondieron positivamente al test de sensibilidad pulpar y no fue necesario realizar tratamiento endodóntico. Se inició el tratamiento ortodóncico a los dos años de ocurrido el traumatismo. El protocolo de atención propuesto fue: Historia clínica completa del traumatismo; controles clínicos, radiográficos y tomográficos de las piezas afectadas; silencio clínico de 2 años para el inicio del tratamiento ortodóncico; técnica de autoligado pasivo, fuerzas leves con seguimiento clínico, radiográfico y fotográfico durante el tratamiento.

**Resultados:** Luego de un análisis exhaustivo de la bibliografía seleccionada, no se encontró un protocolo establecido para tratamientos ortodóncicos en piezas avulsionadas. Por lo tanto, se establece que el tiempo de silencio clínico empleado en este caso (2 años) ha sido el adecuado para obtener éxito en el tratamiento ortodóncico y mantener la salud de los tejidos periodontales luego de 5 años post traumatismo/avulsión de las piezas afectadas.

**Conclusión:** Seguir el protocolo utilizado en este trabajo permite respetar los tiempos biológicos de curación y conservar la salud de los tejidos periapicales en los tratamientos ortodóncicos post traumatismo dental.

#### **44. TRATAMIENTO LÁSER ASISTIDO EN TRAUMATISMO DENTARIO ANTERIOR**

Fernández J<sup>1\*</sup>, Chaintiou Piorno R<sup>1</sup>, Casadoumecq AC<sup>2</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA. 2. Cátedra de Fisiología FOUBA

**Objetivo:** En este caso clínico se presenta el tratamiento de un paciente post traumatismo con fracturas radicales oblicuas. El objetivo del tratamiento es estabilizar los tejidos, detener el avance de la reabsorción y preservar la estructura dental afectada.

**Presentación del caso:** Las lesiones traumáticas de las piezas dentarias ocasionan daños en estructuras dentales y aparato de sostén, por ello el tratamiento de las mismas debe ser multidisciplinario y basarse en el conocimiento de los diferentes patrones de curación de estos tejidos. Se recibe en la Cátedra de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires al paciente que asistió una semana posterior al traumatismo. Luego de realizados los estudios imagenológicos como protocolo de atención de la unidad de traumatismo se procedió al cambio de la ferulización dentaria que realizaron en un servicio de guardia. Se realizó endodoncia en pieza dentaria 1.2; se realizaron endodoncias hasta el nivel de fractura radicular oblicua en piezas dentarias 1.1 y 2.1 obturando los conductos con Bio C Sealer y sellado coronario apropiado para el caso. Durante las terapias endodónticas y de control se realizaron tratamientos asistidos con láser de diodo de 976 nm de las lesiones de los tejidos perirradiculares. Se utilizó la técnica de fotobiomodulación con láser de diodo para estimular la regeneración de tejido y reducir la inflamación en las áreas afectadas. Después del tratamiento, se observó una reducción significativa de la inflamación y del dolor que presentaba el paciente.

**Conclusión:** La fotobiomodulación con láser de diodo y el uso de Bio C Sealer en las terapias endodónticas están demostrando ser técnicas efectivas para el tratamiento de la reabsorción. Estas técnicas permiten detener el avance de las reabsorciones y preservar la estructura dental afectada. Un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado no sólo contribuyen a evitar en lo posible las lesiones a distancia, sino que resultan esenciales para la conservación de las piezas dentarias.

## 45. LUXACIÓN LATERAL DE INCISIVOS SUPERIORES PERMANENTES. CASO CLÍNICO.

Adaro C<sup>1\*</sup>, Arias G<sup>1</sup>, Martínez P<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA.

**Introducción:** La luxación lateral dentaria se define como un desplazamiento de una pieza dentaria en cualquier dirección distinta a la axial. Un diente luxado lateralmente con fractura de tabla suele estar inmóvil debido a su bloqueo óseo. Si bien los traumatismos dentarios poseen mal pronóstico, el tratamiento de urgencia se considera que es de suma importancia para aumentar las probabilidades de éxito.

**Objetivo:** En el presente caso clínico se describe un tratamiento y seguimiento de 12 meses de un paciente que sufrió un traumatismo, practicando un deporte, en sus piezas dentarias que presentaban un desarrollo radicular completo.

**Reporte del caso:** Paciente que concurrió a la Cátedra de Endodoncia (FOUBA) 48 horas después del traumatismo y fue derivado desde un centro de urgencia. Se le realizó el diagnóstico clínico y por imágenes (radiografías y tomografía computarizada de haz cónico). En las imágenes se observó desarrollo radicular completo y luxación lateral con fractura de hueso alveolar en las piezas dentarias 1.1, 2.1 y 2.2. Como tratamiento se realizó el retiro de la férula que le habían colocado en una guardia, el reposicionamiento de las piezas dentarias afectadas y la instalación de una doble férula, previa confirmación del correcto posicionamiento, con una nueva tomografía de haz cónico. Posteriormente se realizó la apertura con la colocación de hidróxido de calcio y sus posteriores tratamientos endodónticos.

**Conclusión:** Concluimos que las imágenes CBCT pueden utilizarse para determinar y guiar el tratamiento de la luxación dentaria lateral. Si bien hasta la actualidad el paciente se encuentra con ausencia de signos y síntomas en las piezas dentarias involucradas, se necesitarán controles clínicos y por imágenes a largo plazo.

## 46. TRATAMIENTO, SELLADO INMEDIATO Y REHABILITACIÓN POST ENDODÓNTICA CON RPPOVERLAY

Morales J<sup>1\*</sup>, Jiménez Calabrese P<sup>1</sup>, Ortellado M<sup>1</sup>, Robles C<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra Endodoncia. FOUBA

**Introducción:** El tratamiento endodóntico es un conjunto de maniobras quirúrgicas realizadas con una orientación biológica, tendientes a lograr la reparación final a expensas de los tejidos vivos que rodean al diente y de cuyo estado de salud depende la conservación de la función dental. Las restauraciones de los dientes tratados endodónticamente tienen como objetivo proteger a la pieza dentaria frente a la fractura, prevenir la reinfección del sistema de conductos radiculares y reemplazar la estructura perdida del diente devolviendo anatomía, estética y función.

**Objetivo:** Describir la resolución clínica del tratamiento de un primer molar superior permanente con gran caries penetrante ocluso distal, y en el que se le realizó el tratamiento endodóntico y su posterior incrustación en una sola sesión.

**Presentación del caso:** Paciente de sexo masculino, concurre a la Cátedra de Endodoncia FOUBA por presentar dolor en la pieza 1.6. Al examen clínico la corona se encontraba íntegra, con lesión de caries penetrante ocluso distal. Al examen radiográfico se observó una cámara pulpar y conductos normales, con ápice desarrollado y periodonto en normalidad. El diagnóstico clínico radiográfico fue de pulpitis irreversible. Se decidió realizar el tratamiento endodóntico. Debido a la cantidad de tejido dentario coronario remanente, se decidió rehabilitar protéticamente a la pieza por medio de una incrustación. Finalizado el tratamiento de conducto se realizó la toilette de la cámara pulpar y se colocó un relleno de resina compuesta de curado dual (Paracore). Para ello, se acondicionó la cámara pulpar con el sistema adhesivo correspondiente a la resina seleccionada. Una vez polimerizado el material se comenzó con el tallado de una preparación disto - oclusal la cual también involucró la cúspide palatina de la pieza en cuestión.

**Conclusión:** El sellado coronario realizado de manera inmediata luego de la obturación endodóntica brinda una mayor predictibilidad y longevidad al tratamiento realizado ya que disminuye las probabilidades de recolonización bacteriana del conducto radicular. Las incrustaciones de resina compuesta son una alternativa conservadora y accesible para lograr un correcto sellado post endodóntico.

## **47. INCISIVO CENTRAL SUPERIOR CON DECOLORACIÓN CORONARIA. RESOLUCIÓN CLÍNICA EN PIEZA DENTARIA TRATADA ENDODÓNTICAMENTE.**

Jiménez Calabrese P<sup>1\*</sup>, Ortellado M<sup>1</sup>, Sambadi N<sup>1</sup>, Geloso L<sup>1</sup>, Ribaya RB<sup>1</sup>, Robles C<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA

**Objetivo:** Describir un tratamiento y seguimiento de 24 meses de un paciente con una lesión apical y una decoloración en el incisivo superior derecho permanente.

**Presentación del caso:** Paciente masculino concurre a la Cátedra de Endodoncia derivado para realizar un retratamiento de conducto en la pieza 1.1. Al examen clínico se observa la presencia de fístula vestibular en fondo de surco de la pieza 1.1 que posee un intenso cambio de coloración coronaria (marrón oscuro) y no posee sellado coronario. Radiográficamente se observa en la misma pieza, presencia de una lesión radiolúcida periapical compatible con periodontitis apical crónica. Durante la anamnesis el paciente refiere que el cambio de coloración se produjo a raíz de un traumatismo sufrido en la infancia y que hace 4 años se realizó un tratamiento endodóntico, aunque la restauración definitiva no había sido exitosa. Se planificó el retratamiento de la pieza 1.1 y el tratamiento de la pieza 1.2 porque no responde al frío y el paciente manifiesta dolor a la percusión vertical. Con la finalidad de mejorar el valor del sustrato de la pieza se realizó un blanqueamiento interno con la técnica termo-catalítica durante tres sesiones. Con el sustrato mucho más favorable se le realizó una carilla de disilicato de litio. El tratamiento tuvo controles durante 24 meses.

**Conclusión:** El blanqueamiento interno se presenta como una opción viable en el tratamiento estético para mejorar el color de las piezas oscurecidas. No obstante, no siempre se alcanzan los valores esperados. Mejorar el color del sustrato mediante este tipo de blanqueamientos ayudará a optimizar el resultado de la restauración protésica definitiva.

## **48. TRATAMIENTO RESTAURADOR DE INCISIVO LATERAL SUPERIOR DERECHO INVAGINADO.**

Guimaraes Martins F<sup>\*</sup>, Chaintiou Piorno R<sup>1</sup>, Ciolli Ceccato VM<sup>1</sup>, Consoli Lizzi EP<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>  
1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA

**Objetivo:** Describir el tratamiento de un incisivo lateral superior derecho con diagnóstico de pulpitis inicial, clasificado como tipo 2 según Oehlers (1957).

**Presentación del caso:** Paciente femenina de 17 años acude a la Cátedra de Endodoncia de la FOUBA, manifestando presentar molestia leve en incisivo lateral superior derecho. Se realizó test de respuesta pulpar, percusión, palpación en fondo de surco y se arribó al diagnóstico de pulpitis inicial y periodontitis apical aguda. La radiografía periapical reveló una anatomía interna compleja en la porción coronaria, compatible con diente invaginado, por lo que se decidió realizar una CBCT para un análisis más exhaustivo y definir el tipo de invaginación, la relación con el espacio pulpar y planificar la mejor estrategia de tratamiento. Se determinó que se trataba de un diente invaginado tipo 2 según Oehlers. Se realizó limpieza de caries en fosas palatinas con la ayuda de instrumental rotatorio, puntas de ultrasonido, irrigante desinfectante y magnificación y luego se procedió al sellado de las mismas con composite. Se controló la oclusión, observándose que presentaba contacto prematuro debido a la alteración de la morfología externa que presentaba dicha pieza, por lo que se realizó un desgaste selectivo. Se recitó a control.

**Conclusión:** Existe una amplia variación en la posible presentación clínica y radiográfica del diente invaginado. Una evaluación adecuada permite una planificación eficaz del tratamiento, como en el presente caso, en el cual se realizó el tratamiento restaurador, cuidando de preservar la salud pulpar.

## **49. RETRATAMIENTO ENDODÓNTICO Y REHABILITACION CON POSTE DE FIBRA DE VIDRIO**

Duque S<sup>1</sup>, Bariero R<sup>1</sup>, Robledo S<sup>1</sup>, Rodriguez PA<sup>1</sup>,

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA

**Objetivo:** Presentar un retratamiento en un incisivo lateral superior con colocación de un poste en la misma sesión.

**Presentación del caso:** Paciente de sexo femenino, 48 años de edad, que concurre por ausencia coronal de pieza 2.2, no presenta antecedentes sistémicos de importancia. El examen clínico extraoral no presentó patología, mientras que al intraoral se observó caries activas, varias ausencias dentales, restos radiculares, falta de rehabilitación definitiva de pieza 2.2. la cual tuvo ausencia de respuesta a las pruebas de sensibilidad y percusión. Radiográficamente se observó que tenía realizado un tratamiento endodóntico deficiente con sellado coronario incorrecto. Se diagnosticó diente tratado endodónticamente con tejidos periapicales normales. Se decidió realizar retratamiento con posterior colocación de poste y provisional. Se realizó anestesia y aislamiento absoluto, se eliminó la gutapercha con limas rotatorias Protaper Gold F1 (Dentsply Sirona) y se irrigó con NaOCl 2.5%. Se tomó conductometría y se instrumentó hasta la lima F3. Para la conometría se utilizó un cono principal calibre 70 .02, y para la obturación se utilizaron conos accesorios con sellador Vioseal (Spident, Corea) realizando técnica de condensación lateral. Se realizó la desobturación de 10 mm con una fresa Gates y se colocó un poste de fibra de vidrio con Paracore (Coltene, Suiza), realizando el muñón coronario y finalmente se realizó el provisional con acrílico, asegurando un buen sellado coronario

**Conclusión:** Existen múltiples técnicas e instrumentos para el retratamiento no quirúrgico que van desde la instrumentación manual hasta el uso de puntas ultrasónicas y limas mecanizadas, además de protocolos complementarios con el uso de solventes y elementos auxiliares. El diente endodonciado tiene una importante pérdida dentaria, por lo que resulta esencial reforzar su estructura. Los postes aportan retención y resistencia logrando así una estabilidad corono radicular..

## **50. RETRATAMIENTO ENDORESTAURADOR. DESDE EL DESANCLAJE CORONARIO HASTA LA CREACIÓN DE LA BIOBASE**

Dorrego JP<sup>1\*</sup>, Martín G<sup>1</sup>.

1. Carrera de Especialización en Endodoncia. FCS. UCC.

**Introducción:** Los retratamientos endodónticos suelen ser un verdadero desafío para el endodoncista, sobre todo, cuando van acompañados de la necesidad de desanclar primero estructuras rígidas antes de reintervenir los conductos radiculares mal tratados anteriormente. Si sumamos a esta situación, el disponer de poca estructura sana remanente, es evidente que estamos ante un caso que demanda un enfoque integral Endo-Restaurador para intentar dar la mayor viabilidad posible a largo plazo a la pieza dentaria del paciente.

**Objetivo:** Presentar con este caso clínico las técnicas, recursos tecnológicos y criterio clínico, que se pueden tener en cuenta para realizar un retratamiento endodóntico complejo con enfoque endo-restaurador.

**Presentación del caso:** Paciente femenina de 29 años, acude a la consulta por dolor en pieza dentaria 36. Se arriba al diagnóstico de reagudización de una periodontitis periapical infecciosa de larga data como consecuencia de un tratamiento endodóntico y rehabilitación coronaria defectuosos. Materiales y técnicas: El tratamiento se realizó en cuatro sesiones. La primera: diagnóstico, medicación y alivio completo de la oclusión. La segunda: desanclaje de corona y perno, utilizando rotatorios de turbina e insertos de ultrasonido. La tercera: desobturación de los 3 conductos radiculares y medicación intermedia con hidróxido de calcio. La cuarta: restauración para-endodóntica, conformación mecanizada con Recipro-VDW y obturación con cono de gutapercha y cemento sellador Ah Plus Bioceramic Sealer (Dentsply Sirona). Se creó, además, una bio-base coronaria con SDR Plus-(Dentsply Sirona).

**Discusión:** Los retratamientos si bien tienen un menor porcentaje de éxito que los de primera instancia, representan una alternativa muy efectiva a la hora de evitar la exodoncia de piezas dentarias, sobre todo, si se realizan con un enfoque Endo-Restaurador.

**Conclusión:** A la hora de planificar la resolución de casos endodónticos complejos, como son los retratamientos, sumado a la poca disponibilidad de tejido remanente sano; se debe considerar la realización de maniobras reconstructivas pre-para-pos endodónticas para asegurar que la pieza dentaria retratada sea viable a largo plazo.

## 51. TERAPIA DE PULPA VITAL: REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS

Suazo MA<sup>1</sup>, Pizarro Meneses CG<sup>1</sup>, Labarta AB<sup>1</sup>, Rodriguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA

**Objetivo:** Concientizar al clínico sobre la importancia de eliminar completamente la caries y los tejidos duros infectados antes de realizar una terapia de pulpa vital (VPT). Visualizar minuciosamente la condición del tejido pulpar bajo aumento, es muy importante cuando se producen exposiciones pulpares.

**Reporte de casos:** Caso 1: Paciente femenino, 17 años, consultó en 2023 por presentar dolor a los cambios térmicos en la pieza 3.7. Dos meses atrás le realizaron una restauración y a partir de ahí le empezó a molestar. Clínicamente presentó restauración plástica oclusal, respuesta fugaz a prueba de sensibilidad y ausencia de dolor a percusión vertical y horizontal. Radiográficamente se observó restauración profunda, casi sobre cuerno pulpar mesial y ligero ensanchamiento del ligamento periodontal. Diagnóstico: Pulpitis inicial. Caso 2: Paciente femenino, 6 años, consultó en 2024 por dolor a la masticación en pieza 4.6. Clínicamente presentó caries penetrante por oclusal, respuesta aumentada a prueba de sensibilidad y ausencia de dolor a percusión vertical y horizontal. Radiográficamente se observó caries profunda, en contacto con cuerno pulpar distal y ápices abiertos. Diagnóstico: Pulpitis moderada. Protocolo de VPT: anestesia, aislamiento, desinfección de cavidad de caries con clorhexidina 2%, detector de caries, remoción de caries con piedra redonda estéril O6 (Komet). Eliminación de pulpa coronaria con fresa Endo Z estéril (Dentsply). Sellado de pulpa cameral con Biodentine (Septodont). Base con cemento Paracore (Coltene) y restauración definitiva con resina compuesta Filtek Z350 XT (3M).

**Conclusión:** La terminología diagnóstica que la AAE asigna hoy a una pulpa vital es: "Pulpa normal", "pulpitis reversible" y "pulpitis irreversible", que puede ser sintomática o asintomática. Se revirtió la idea de que la VPT es sólo una opción para casos donde las pruebas diagnósticas son consistentes para "pulpitis reversible". Basado en datos clínicos, biológicos y consideraciones teóricas, la irreversibilidad de la inflamación pulpar se puso en duda. La evidencia histológica de la progresión de la pulpitis sugiere que no hay un límite discreto que pueda convertirla en una pulpa sin capacidad de reparación. Para alcanzar el éxito en esta terapia, el manejo de la pulpa vital no debe realizarse sin eliminar completamente el esmalte desmineralizado y la dentina infectada.

## 52. TERAPIA REGENERATIVA: AUTOTRANSPLANTE

Chacoff M<sup>1\*</sup>, Siragusa C<sup>1</sup>, Lenarduzzi A<sup>1</sup>, Sierra L<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA

**Introducción:** Los avances en la ingeniería tisular crearon un importante cambio de paradigma en la regeneración de tejidos dañados. Los procedimientos de endodoncia regenerativa (REPs) son de base biológica y están diseñados para reemplazar las estructuras del complejo dentino pulpar.

**Objetivo:** Desarrollar una alternativa para terapia regenerativa con pulpa vital autóloga.

**Reporte de caso:** Paciente de 21 años derivada a Cátedra de Endodoncia FOUBA, por presentar dolor asociado a pieza 12 con caries penetrante. Radiológicamente se observa conducto único. La presencia de pieza 1.8 con indicación de exodoncia permitirá cumplir con el protocolo de autotransplante pulpar. Tratamiento en pieza receptora: apertura, cateterismo con lima manual #10, instrumentación mecanizada con lima XP Endo-Shaper (FKG), irrigación con NaOCl 2,5% y EDTAC 17%, lavaje final con agua destilada estéril. Tratamiento pieza donante: extracción de la pieza 1.8, corte longitudinal con disco diamantado bajo profusa irrigación con solución salina estéril, la pulpa donante se posiciona con conos de papel estériles en la pieza receptora. Recubrimiento pulpar directo con Biodentine (Septodont), y restauración biomimética en la misma sesión. Se realizan los controles correspondientes.

**Discusión:** Las ventajas en el autotransplante pulpar son: la ausencia de rechazo inmunológico, la viabilidad de utilizar pulpa autóloga como andamio biológico, no requiere sangrado apical, ni uso de plaquetas. El cambio del irrigante de solución triantibiótica por hipoclorito de sodio 2,5% cumple el protocolo de terapia pulpar vital según la Asociación Americana de Endodoncia. El uso de biocerámico bioactivo induce la proliferación de células madre y diferenciación de odontoblastos. El uso de EDTA 17% acondiciona la dentina que liberaría factores de crecimiento neuronal, importante en el proceso regenerativo de la pulpa trasplantada.

**Conclusiones:** Los casos realizados hasta la fecha muestran resultados favorables. El trasplante pulpar podría producir el andamio óptimo para el proceso regenerativo.

## **53. TRAUMATISMO Y FRACTURA AMELODENTINARIA: REVASCULARIZACIÓN PULPAR: CASO CLÍNICO**

Salinas VE<sup>1</sup>, Portigliatt R<sup>1</sup>.

1. Especialidad en Endodoncia AOC.

**Objetivo:** Demostrar que el procedimiento de Regeneración/Revascularización pulpar, con MTA permite el desarrollo de la pieza dentaria.

**Presentación del caso:** Niño de 10 años, que sufrió fractura amelodentinaria, en la pieza 1.1. El examen clínico/ radiográfico reveló ausencia de vitalidad pulpar, lesión radiolúcida y ápice abierto. Primera Sesión: Anestesia infiltrativa. Aislamiento y apertura. Irrigación: con NaOCl 2.5% y EDTA 17%. No se realizó instrumentación a fin de preservar paredes dentinarias. Se colocó pasta triple antibiótica (medicación intermedia) para completar desinfección del conducto. Segunda Sesión: Anestesia infiltrativa. Se eliminó medicación intermedia con agua destilada estéril y lima ultrasónica. Lima manual calibre 45 se sobrepasó el ápice para producir sangrado de zona periapical utilizando andamio: coágulo de sangre. Se esperó la formación del coágulo (5 a 15 minutos) y se puso en contacto con el mismo MTA. Sellado de pieza dentaria con resina fotopolimerizable. Se observa en controles, el aumento longitudinal de paredes del tercio apical radicular, engrosamiento de las mismas y cierre apical.

**Discusión:** Tradicionalmente, se utilizó Hidróxido de Calcio, pero al debilitar las paredes dentinarias disminuye la sobrevivencia de la pieza dentaria. La revascularización pulpar, a través de ingeniería de tejidos permite el desarrollo radicular y la cicatrización del tejido apical.

**Conclusión:** El tratamiento de revascularización, se ha convertido en alternativa aceptada para el tratamiento de la patología endodóntica en dientes permanentes inmaduros con pulpas necróticas.

## 54. RESOLUCIÓN TERAPÉUTICA DE UN DIENTE PERMANENTE CON ÁPICE INMADURO.

Gonzalez HJ<sup>1\*</sup>.

1. Hospital Odontológico de Complejidad Integrada (Formosa)

**Objetivo:** Describir la terapéutica realizada en un elemento dentario con ápice inmaduro el cual fue sometido previamente a un procedimiento de revascularización, pero sin éxito.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 12 años de edad sin antecedentes de patologías sistémicas acude al Servicio de Endodoncia del Hospital Odontológico de complejidad integrada para control de la pieza 2.1. Se evaluó clínica y radiográficamente, refiriendo dolor a la percusión, movilidad grado II, cambio de coloración en la corona clínica y presencia de radiolucidez apical. Dicha pieza dentaria presentaba antecedentes de un procedimiento de revascularización con 4 años de evolución el cual no tuvo éxito. Como alternativa terapéutica se realizó el tratamiento endodóntico convencional con tapón apical de material biocerámico (Bio C Repair, Ángelus), en una sesión. Luego de 4 meses, hay ausencia de sintomatología dolorosa y evolución favorable. Además junto con el Servicio de Prótesis se pudo rehabilitar la pieza 21, brindando un tratamiento integral al cambio de coloración.

**Conclusión:** El tapón apical con materiales biocerámicos junto con el tratamiento endodóntico convencional representa una alternativa terapéutica adecuada para tratar determinados casos de piezas permanentes con ápice inmaduro logrando resultados favorables.

## 55. ABSCESO CRÓNICO

Wenderdel AI<sup>1\*</sup>, Rodriguez PA<sup>1</sup>, Fernández Alemán JE<sup>1</sup>, Casadoumecq AC<sup>2</sup>, Lenarduzzi AL<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA. 2. Cátedra de Fisiología. FOUBA

**Objetivo:** Realizar el tratamiento endodóntico que llevará a la resolución del proceso infeccioso.

**Presentación del caso:** Se recibió en la Cátedra de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, un paciente de sexo masculino y 16 años. Presentó dolor en pieza dentaria 2.6. No poseía antecedentes sistémicos de importancia. Al examen clínico extraoral se observó lesión cutánea localizada, indurada, de coloración eritematosa, con aspecto de fístula inactiva. El examen clínico intraoral mostró una obturación defectuosa en el diente problema. El examen radiográfico evidenció una restauración realizada sobre la cámara pulpar abierta. Se diagnosticó: Lesión Cutánea de Origen Dentario. Se realizó la endodoncia de la pieza 2.6, utilizando Sistema Protaper Gold, sellador Ad Seal y restauración provisoria con Ionómero Vítreo. Se indicó medicación sistémica: Amoxicilina 500 mg y como antiinflamatorio ibuprofeno 600mg cada 8 horas. A las 24 horas post tratamiento el paciente manifestó inflamación y edema en la mejilla, sin dolor. Se indicó dexametasona 4mg IM. A las 48 horas post endodoncia cedió la inflamación y la lesión indurada, y se apareció una costra en piel. A las 72 horas, la costra tomó un color rojo intenso y comenzó a drenar de manera espontánea el contenido purulento del absceso. El paciente acudió a la guardia de la facultad, donde se le realizó un dren de látex y se colocó gasa en cinta dentro de la cavidad del absceso para evitar que se forme una nueva colección de purulenta en la misma. Se cambió la medicación antibiótica a Amoxicilina/Ac. Clavulánico 1 gramo. A los 7 días se comenzó con terapia Láser, usando un láser de Diodo de forma intra y extrabucal en la zona circundante a la lesión. Se aplicó una vez por semana para ayudar a la reparación de los tejidos periorales y se indicó ciprofloxacina.

**Conclusión:** La endodoncia en junto con la terapia Láser, permitieron una rápida disminución de la inflamación y una gran mejora en la regeneración de los tejidos.

## **56. ABSCESO ALVEOLAR AGUDO: RESOLUCIÓN DE URGENCIA EN UNA SESIÓN.**

Vassallo B<sup>1\*</sup>, Chaintiou Piorno R<sup>1</sup>, Labarta AB<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Objetivo:** Describir la resolución de un absceso alveolar agudo en un incisivo lateral superior izquierdo en una sola cita, luego de realizar un correcto diagnóstico clínico y por imágenes, con un adecuado protocolo quirúrgico.

**Presentación del caso:** Paciente femenina de 22 años acudió a la Cátedra de Endodoncia de la FOUBA con edema y dolor en la región geniana y el labio superior izquierdo. La paciente manifestó no presentar antecedentes médicos de relevancia. Al examen clínico intraoral se observaron restauraciones con composite en las piezas dentarias 1.1, 2.1 y 2.2. La respuesta al test de frío fue negativa en ambos incisivos centrales superiores, manifestando dolor en la pieza dentaria 2.2. A la percusión vertical y horizontal las piezas 1.1 y 2.1 respondieron negativamente mientras que la 2.2 presentó dolor severo.

Radiográficamente se evidenció presencia de radiolucidez apical en 1.1 y 2.1, mientras que la pieza 2.2 presentó un leve ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal. La pieza causante de la patología aguda fue la 2.2, que presentó un diagnóstico de absceso alveolar agudo. Se procedió a realizar el tratamiento endodóntico de las tres piezas dentarias en la misma sesión. Se realizó apertura con fresa redonda #4 (Komet), cateterismo, flare, conductometría electrónica con localizador electrónico de foramen (Woodpecker) y su corroboración radiográfica (RVG 5200, Carestream), preparación quirúrgica con sistema de rotación continua (Fanta), irrigación con NaOCl 2.5% a cada cambio de instrumento, activación ultrasónica pasiva del irrigante (Ultra X, Eighteeth), obturación con técnica híbrida de Tagger, utilizando conos de gutapercha y cemento sellador Ad-Seal (Meta, Biomed.) Para finalizar, se procedió al sellado coronario con composite Brillant NG (Coltene). Se citó a la semana para control donde se observó remisión de los síntomas clínicos, y se continuó con los controles mediatos.

**Conclusión:** Un correcto diagnóstico permitió, en el presente caso clínico, determinar el origen del cuadro agudo. La pronta resolución de la urgencia y el adecuado plan de tratamiento lograron la resolución del cuadro que la paciente presentaba.

## **57. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FÍSTULA CUTÁNEA ODONTOGÉNICA EN PRIMER MOLAR SUPERIOR IZQUIERDO.**

Serón R<sup>1\*</sup>, Fernández Aleman JE<sup>1</sup>, Lenarduzzi AL<sup>1</sup>, Ciolli Ceccato VM<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Objetivo:** Analizar la evolución de una fístula cutánea tras la realización del tratamiento endodóntico en un caso de necrosis y absceso alveolar crónico en la pieza dentaria 2.6.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 27 años acude a la Cátedra de Endodoncia de FOUBA, derivado por su médico cirujano por persistencia de fístula cutánea en región geniana izquierda luego de haberse realizado cirugía estética en dos oportunidades. Se procede a la evaluación clínica e imagenológica en la cual se arriba al diagnóstico de necrosis pulpar en la pieza número 2.6 y absceso periapical crónico. Se realizó la endodoncia en la pieza 2.6 en una sola sesión clínica, apertura, cateterismo con lima K número 10, preparación de acceso con lima SX sistema Protaper Gold, conductometría electrónica con comprobación radiográfica. Preparación químico-mecánica irrigando durante todo el procedimiento con hipoclorito de sodio al 2,5% y obturación con conos de gutapercha y sellador endodóntico a base de resina. Luego se recitó a los controles y se realizaron sesiones consecutivas de terapia Láser de Diodo de 976 nm para foto biomodular, permitiendo una mejor reparación de los tejidos cutáneos.

**Conclusión:** Las fístulas cutáneas de origen odontogénico son entidades poco comunes y suponen un reto diagnóstico dada la ausencia de dolor dentario en algunos pacientes, como sucedió en el presente caso. Se debe realizar un correcto diagnóstico diferencial, ya que, la demora en el tratamiento puede aumentar la probabilidad de complicaciones.

## 58. ÍNDICE CBCT- PAI SU ANÁLISIS EN MICROCIRUGÍA ENDODÓNTICA

Romano TG<sup>1\*</sup>, Alfie N<sup>1</sup>, Sierra LG<sup>1</sup>, Lenarduzzi AL<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Objetivo:** Reportar un caso clínico de microcirugía apical, describir el protocolo quirúrgico y analizar el índice CBCT- PAI propuesto por Estrela y cols. (2008), luego modificado por Espósito y cols. (2011), para establecer con precisión la extensión de la Periodontitis Apical Crónica (PAC) en los 3 planos del espacio.

**Presentación del caso:** Paciente de 67 años, con hallazgo radiográfico de imagen radiolúcida periapical en pieza dentaria 22. Clínicamente leve molestia a la palpación de fondo de surco alveolar, y corona protética con buena adaptación marginal. Radiográficamente anclaje intrarradicular metálico. Tamaño de la lesión: 10 mm PAI, 4 Periodontitis apical área radiolúcida bien definida y 13 mm CBCT- PAI 5D destrucción cortical. Se determinó realizar cirugía con protocolo de regeneración tisular FOUBA. Microcirugía endodóntica (4, 6, 10 X). Pasos: anestesia local infiltrativa terminal, incisión submarginal triangular, colgajo mucoperióstico, osteotomía, curetaje, resección apical, retropreparación, retroobtusión, regeneración guiada con fibrina rica en plaquetas (PRF) tapizando mucosa palatina, y PRF inundando lecho óseo, membrana amniocoriónica, reposición del colgajo y sutura.

**Discusión:** Se desarrollaron índices como el “índice periapical” (PAI) Orstavik y cols. (1986) con 5 categorías: de hueso periapical sano a periodontitis apical severa. Estrela propone un nuevo índice periapical de tomografía computarizada de haz cónico (CBCT-PAI), con puntuación de 0 a 5 según tamaño radiolucidez apical e incluye dos variables: expansión (E) y destrucción de la cortical ósea (D), medido en 3 dimensiones: buco palatino, mesiodistal y diagonal, de manera arbitraria. Espósito introduce un nuevo CBCT-PAI modificado, con dimensiones fijas y reproducibles considerando el mayor diámetro en cada una: mesiodistal, bucolingual y coronoapical. Estos índices aportan al clínico un instrumento de enorme utilidad para evaluar tridimensionalmente la extensión y los tejidos comprometidos en la PAC determinando en particular si se requiere o no protocolos regenerativos.

**Conclusión:** Los beneficios de la CBCT y la determinación del PAI en Endodoncia, es la alta precisión de detectar las lesiones periapicales desde estadios tempranos hasta muy avanzados, lo que permite aplicar el criterio quirúrgico de Kim y Kratchman (2018) de realizar o no regeneración tisular.

## 59. IMPORTANCIA DE CONTROLES A DISTANCIA CON USO DE TOMOGRAFÍAS.

Rocha P<sup>1\*</sup>, Fernández Aleman J<sup>1</sup>, Quiroga C<sup>1</sup>, Mouro M<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Introducción:** El uso del diagnóstico tomográfico aumentó en las últimas décadas. Se deben usar sólo aquellas imágenes que aporten de manera significativa a la toma de decisiones. Una tomografía computada cone beam (CBCT) aporta mayor información que una periapical, y se obtiene un diagnóstico en tres dimensiones. Se puede diagnosticar con exactitud una lesión ósea y como también la morfología de los conductos radiculares entre otras cosas.

**Objetivo:** Describir la importancia de los controles tomográficos periódicos de la región de interés que motivaron el examen diagnóstico, para así evaluar la lesión preexistente o los hallazgos incidentales relacionados con la enfermedad o no.

**Presentación del caso:** Paciente femenino de 51 años con fístula en encía vestibular de pieza dentaria 1.2. Su diagnóstico fue necrosis pulpar. Se realizó endodoncia convencional con sistema mecanizado Protaper Gold (PG). En los últimos lavajes se efectuó la activación del irrigante con Endoactivator (Dentsply). Se efectuó protocolo con láser de diodo 976 nm a 1 Watt, durante 4 ciclos. Se realizaron controles anuales, radiográficos y tomográficos. El primero el 8/7/22, el segundo el 19/9/23 y el tercero el 7/6/24, encontrándose una lesión periodontal por palatino que no se veía en las dos primeras CBCT, por lo cual se decidió realizar tratamiento en la bolsa periodontal con láser de Diodo.

**Conclusión:** La ventaja de realizar tomografías a distancia es importante porque permite aumentar el número de hallazgos incidentales en un 24.6%. Los hallazgos tomográficos requieren de atención adicional, que incluye otro tipo de tratamientos. Es importante tener como protocolo el realizar controles a distancia, después de efectuados los tratamientos endodónticos. Estos pueden evidenciar hallazgos incidentales, como el del presente caso.

## **60. EFECTIVIDAD DE DOS SOLUCIONES IRRIGANTES ACTIVADAS EN EL MANEJO DE LA PERIODONTITIS APICAL ASINTOMÁTICA**

Plaza Ruíz J<sup>1\*</sup>, Boetto AC<sup>1</sup>, Arce Brisson G<sup>1</sup>, Martínez P<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Introducción:** La eliminación de los microorganismos es el principal objetivo del tratamiento endodóntico. Existen determinadas variaciones anatómicas que dificultan su desinfección mecánica, por tanto, la desinfección química a través del uso de soluciones irrigantes desempeña un papel importante. El hipoclorito de sodio es considerado el irrigante de primera elección, por su acción antimicrobiana y por disolver el tejido orgánico.

**Objetivo:** Demostrar la efectividad del hipoclorito de sodio al 2,5% y el EDTAC 17%, activados mediante un sistema sónico, para permitir una correcta desinfección del sistema de conductos. Esto permitirá que el cemento penetre en los túbulos dentinarios para lograr una obturación tridimensional.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 24 años de edad, acude a CEFOUBA, y refiere inflamación en la encía con evolución de 3 años. A la inspección intraoral se observó fístula en pieza 4.6, sin respuesta a las pruebas de sensibilidad pulpar. Se hizo aislamiento absoluto, la conformación se realizó con instrumentación mecanizada con sistema Wave One Gold (Dentsply), utilizando lima primary, la irrigación fue con hipoclorito de sodio 2,5% y EDTAC 17%, ambos activados con EndoActivator (Dentsply). La obturación se realizó con cemento Bio C Sealer.

**Conclusión:** En casos de periodontitis apical asintomática, con presencia de fístula, es de suma importancia el uso de hipoclorito de sodio al 2,5% y EDTAC 17%, ambos activados con un sistema sónico durante un minuto, para obtener una adecuada desinfección del sistema de conductos y lograr así la remisión de la fístula mucosa en 15 días.

## **61. RESOLUCIÓN NO QUIRÚRGICA DE LESIÓN APICAL DE GRAN TAMAÑO: IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO A DISTANCIA**

Pizarro Meneses A<sup>1\*</sup>, Pizarro meneses CG<sup>1</sup>, Labarta AB<sup>1</sup>, Rodriguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Objetivo:** Concientizar al clínico sobre la importancia de realizar seguimiento a distancia para evaluar reparación de la lesión existente, evitando así la cirugía apical complementaria.

**Reporte del caso:** Paciente femenino 22 años, concurrió a la consulta para realizar retratamientos en piezas 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 y 3.5, por indicación quirúrgica debido al tamaño de la lesión. Clínicamente se observó brida cicatrizal en fondo de surco, como consecuencia de cirugía previa. Radiográficamente se evidenció que todos los tratamientos endodónticos eran deficientes. Se realizó CBCT que reportó lesión que involucraba piezas 3.1, 3.2, 3.3 y 3.4 siendo la 3.2 y 3.3 las más comprometidas con la lesión que fenestraba ambas corticales óseas. Se realizaron retratamientos en piezas 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 y 3.5. Se instrumentó con Sistema Protaper Gold hasta lima F3, se irrigó con NaOCl 2,5% y EDTAC 17% que se activó con irrigación ultrasónica pasiva durante 1 minuto. Se obturó con sellador Ad Seal y técnica híbrida de Tagger. El control clínico, radiográfico y tomográfico (CBCT) a los 6 meses mostró una reducción significativa de la lesión, y a los 2 años la reparación fue sumamente notoria.

**Conclusión:** Siempre que exista una lesión periapical de gran tamaño, luego de realizado un correcto tratamiento/retratamiento endodóntico es fundamental esperar como mínimo 6 meses antes de realizar la cirugía apical. Esto permitirá que, en muchos casos, el organismo comience el proceso reparativo, evitando así la realización de un acto microquirúrgico.

## 62. ABSCESO FÉNIX: RESOLUCIÓN DE CASO CLÍNICO

Kafruni Elkhoury JE<sup>1</sup>, Jiménez Calabrese P<sup>1</sup>, Ortellado M<sup>1</sup>, Robles C<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Introducción:** El absceso alveolar crónico reagudizado o absceso fénix se origina por una exacerbación aguda de una lesión periapical crónica asintomática. El comportamiento es idéntico al absceso apical agudo, presentando las mismas características clínicas e histológicas, pero la radiografía revelará una radiolucidez apical que indica la existencia de una lesión crónica. Los síntomas y los signos del absceso fénix incluyen edema, dolor espontáneo e intenso de carácter pulsátil, sensibilidad a la percusión y palpación.

**Objetivo:** Describir la resolución clínica de una paciente que presentaba absceso fénix involucrando varias piezas dentarias.

**Presentación del caso:** Paciente femenino de 29 años. Al examen clínico presentaba caries penetrante en pieza 2.3, restauración filtrada en pieza 2.1 y una fístula en fondo de surco a nivel de la pieza 2.1. Radiográficamente se evidenciaba una imagen apical radiolúcida circunscrita, asociada a las piezas 2.1 y 2.2 que a su vez presentan el espacio del ligamento periodontal ensanchado. El diagnóstico pulpar de la pieza 2.1 fue de necrosis, el de la pieza 2.2 fue necrobiosis, y de la pieza 2.3 fue pulpitis irreversible sintomática. Como tratamiento de urgencia se realizaron las aperturas de la pieza 2.1 y 2.3. Posteriormente se realizó el tratamiento endodóntico de las piezas dentarias 2.1, 2.2 y 2.3 con sus resinas compuestas respectivas. Se realizaron controles clínicos y radiográficos a corto y largo plazo.

**Conclusión:** Es importante realizar una correcta anamnesis, con inspección clínica y radiográfica de forma integral para poder llegar a un diagnóstico de certeza de la patología, permitiendo así, realizar un plan de tratamiento que se adecúe a las necesidades del paciente para restablecer su salud, función y estética.

### **63. RESOLUCIÓN DE LESIÓN PERIAPICAL DE GRANDES DIMENSIONES POR VÍA ENDODÓNTICA CONVENCIONAL NO QUIRÚRGICA.**

González HJ<sup>1\*</sup>, Portigliatti R<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Objetivo:** Describir la resolución clínica de un primer molar inferior permanente con una lesión ápico periapical de grandes dimensiones.

**Presentación del caso:** Paciente femenino de 24 años de edad acude a la Facultad de Odontología (FOUBA), derivada de la guardia por dolor en pieza 4.6. Se evalúa clínica y radiográficamente, a través de radiografías periapicales y tomografía (CONE BEAM), estableciéndose como diagnóstico necrosis pulpar y periodontitis apical crónica de gran dimensión. Se procede a realizar el tratamiento endodóntico convencional con técnicas de endodoncia mecanizada en una sesión, activación del irrigante y obturación tridimensional. Se le realizaron controles tanto clínicos como radiográficos. Luego de 5 meses, se observó una evolución favorable con ausencia de sintomatología dolorosa y una notable disminución de la radiolucidez apical, lo cual se evidencia a través del control tomográfico.

**Conclusión:** A través del presente trabajo se puede evidenciar la efectividad del tratamiento endodóntico convencional no quirúrgico como primera elección terapéutica para la resolución clínica de lesiones ápico periapicales de gran tamaño logrando resultados favorables.

## **64. APORTE DE LA CBCT EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES ENDOPERIODONTALES. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Gómez A<sup>1</sup>, Barbiero R<sup>1</sup>, Rulli M<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Objetivo:** Valorar el uso de CBCT en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de lesiones endoperiodontales. La lesión endoperiodontal combinada con enfermedad periodontal establecida necesita la diferenciación diagnóstica con otras patologías frecuentes.

**Presentación del caso:** Concorre a la Cátedra de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, paciente de sexo femenino de 48 años, derivada por Especialista en Periodoncia, con diagnóstico de periodontitis crónica avanzada, para la evaluación endodóntica de la pieza 3.6. Manifiesta historia de dolor y automedicación con amoxicilina 500 mg en varias oportunidades. Clínicamente se observa pieza 3.6 íntegra, con movilidad grado 2. Profundidad de sondaje vestibular de hasta 13 mm y lingual de 9 mm, sangrado (+) y lesión de furcación tipo III. Prueba de respuesta pulpar al frío (-). Dolor a la percusión vertical y horizontal. Radiográficamente presenta imagen radiolúcida extendida hasta el tercio apical de la raíz mesial, que involucra el área de la furcación y ensanchamiento del espacio periodontal en distal de la raíz distal. Tomográficamente se observa imagen hipodensa rodeando la raíz mesial compatible con pérdida ósea interradicular y de corticales vestibular y lingual. Espacio del conducto hipodenso. Diagnóstico endodóntico de pieza 3.6: necrosis por lesión endoperiodontal. Se realiza la Endodoncia de la pieza dentaria con el sellado coronario y en la misma sesión se realizó raspaje radicular.

**Conclusión:** La evaluación clínica/radiográfica detallada y el complemento de las imágenes tomográficas contribuyen a realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías, como lo son la fractura radicular y reabsorción radicular externa. Es necesario destacar la importancia del abordaje interdisciplinario de estas patologías dentarias.

## **65. DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO, ARISTAS DE UNA RELACIÓN COMPLEJA.**

Giangiaco L<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FO-UNR.

**Objetivo:** Discutir las posibles vías de acceso de los microorganismos orales a la cavidad pulpar de un molar superior con necrosis pulpar y absceso apical crónico.

**Presentación del caso:** Reporte de tratamiento endodóntico en pieza dentaria 2.6 con seguimiento a distancia, realizado en una sesión con sistema de instrumentación mecanizada (ProTaper Gold TM) e irrigación de hipoclorito de sodio al 3.5% y ácido etilendiaminotetracético (EDTA) al 17%. Obturación con compactación lateral de conos de gutapercha y sellador a base de resina epóxica (Adseal TM). Controles clínicos radiográficos a los 60 y 120 días.

**Resultado:** En los controles a distancia, clínicamente se evidenció el cierre del trayecto fistuloso con ausencia de signos y síntomas asociados. Al examen radiográfico se observa una tendencia a la normalización en la imagen de los tejidos periapicales y estructuras vecinas, con una disminución en la extensión de la lesión osteolítica perirradicular compatible con proceso de reparación.

**Discusión:** Si bien sabemos que la etiología de la patología periapical asociada a esta pieza dentaria es bacteriana, resulta difícil de dilucidar cuál fue la puerta de ingreso de los microorganismos al espacio pulpar. La ausencia de caries, obturaciones profundas, bolsa periodontal, pérdida notoria de sustancia, fisuras o fracturas aporta confusión al panorama diagnóstico. Cada uno de los puntos anteriores fue descartado minuciosamente mediante herramientas diagnósticas específicas, por lo que se podrían establecer solo suposiciones acerca del mecanismo patogénico específico. Permeabilidad dentinaria excesiva a nivel cervical sumado a la presencia de una leve lesión de abfracción podría asomar como una explicación lógica a la necrosis pulpar. Cabe preguntarse: ¿Es realmente un tratamiento predecible la endodoncia en este caso, donde hay un diagnóstico claro pero un mecanismo patogénico incierto?; ¿Cómo evitar una recolonización microbiana del conducto radicular post-tratamiento?

**Conclusión:** El diagnóstico certero de la patología pulpar y periapical será siempre lo que guíe nuestras conductas terapéuticas con el fin último de la conservación de la pieza dentaria a largo plazo. Una comunicación fluida y el claro entendimiento por parte del paciente de las posibilidades terapéuticas resultan de vital importancia.

## 66. PIERCING LINGUAL COMO CAUSANTE DE LESIÓN ENDO-PERIODONTAL POR TRAUMA CONSTANTE. REPORTE DE CASO CLÍNICO

Geloso L<sup>1\*</sup>, Rodríguez T<sup>1</sup>, Rulli MS<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Introducción:** Las interrelaciones entre la enfermedad pulpar y periodontal se deben a íntimas conexiones anatómicas y vasculares entre pulpa y periodonto. El tejido pulpar degenera por acción de diferentes noxas, entre ellas los traumatismos. La resolución de la patología pulpar mediante tratamiento endodóntico contribuye a resolver la patología periodontal secundaria.

**Objetivo:** Mostrar la resolución de una patología periodontal de origen pulpar, caracterizada por importante movilidad dentaria a causa de una gran pérdida ósea, al realizar el tratamiento endodóntico de la pieza dentaria 3.1, que presentó un diagnóstico de necrosis a causa de un trauma constante ocasionado por un piercing lingual.

**Presentación del caso:** Paciente femenina se presenta a la Cátedra de Endodoncia FOUBA, por dolor en sector antero inferior. A la exploración clínica se observa pieza 3.1 con movilidad grado II, y fístula mucosa cercana a dicha pieza. La paciente posee un piercing lingual, y nos relata que interpone el perno metálico entre los incisivos, generando un trauma constante. Al ocluir, se observa el desgaste adamantino generado por el trauma. Se observa respuesta negativa a pruebas de sensibilidad pulpar y dolor a percusión vertical y horizontal como también a la palpación de fondo de surco. Se diagnosticó Necrosis Pulpar. Los estudios por imágenes (radiografía digital y CBCT), reportan imagen radiolúcida correspondiente a pérdida ósea por patología periodontal. Se realizó apertura con fresa redonda de diamante. Preparación quirúrgica: Sistema U Blue (Deltajet), hasta lima #30. Irrigación: 5 ml de NaOCl 2,5% al cambio de cada instrumento. Se realizó activación sónica del EDTAC 17% con EndoActivator (Dentsply, Sirona), durante un minuto. Se obturó con técnica de cono único y sellador biocerámico Bio C Sealer (Angelus). Se realizó control a 6 meses que evidenció evolución favorable de la lesión. La paciente continuará con controles periódicos para realizar el seguimiento de ambas patologías.

**Conclusión:** Un correcto diagnóstico y una planificación adecuada del tratamiento endodóntico con protocolos bien establecidos fueron suficientes para resolver una patología combinada endoperiodontal. Los controles post operatorios adquieren un papel fundamental en el monitoreo de este tipo de lesiones combinadas.

## **67. TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO DE PIEZAS DENTARIAS CON GRAN LESIÓN PERIAPICAL. REPORTE DE CASO CLÍNICO**

Fudem AE<sup>1\*</sup>, Monteros A<sup>1</sup>, García GA<sup>1</sup>, Labarta AB<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Objetivo:** Retrasar la indicación de cirugía apical complementaria posterior al tratamiento endodóntico convencional, para dar tiempo al organismo de realizar el proceso reparativo, cuando el protocolo quirúrgico fue el adecuado.

**Presentación del caso:** Paciente femenino, 39 años, se presenta a la consulta derivada del servicio de Cirugía, para realizar tratamientos endodónticos en piezas 2.1, 2.2 y 2.3 y luego cirugía apical complementaria. Clínicamente se observó respuesta negativa a prueba de sensibilidad pulpar y presencia de fístula en pieza 2.1, dolor a la percusión vertical y abombamiento de la tabla palatina, de consistencia renitente. Hubo respuesta positiva a la sensibilidad pulpar en 2.2 y 2.3. La imagen radiovisiográfica evidenció zona radiolúcida de gran tamaño que involucra los ápices de las tres piezas antes citadas. Se decidió realizar tratamiento endodóntico de la pieza 2.1. Se hizo apertura con piedra redonda y rectificación con fresa Endo Z (Dentsply). Preparación quirúrgica: limas manuales de tercera serie. Irrigación: NaOCl 2,5%. Obturación: Tapón apical con ProRoot MTA (Dentsply) y en tercio medio y coronario se inyectó gutapercha termoplastizada con sistema Calamus Dual (Dentsply). En el control a 15 días no hubo remisión de fístula por lo que se realizó tratamiento en 2.2 con sistema Protaper Gold (Dentsply), irrigación con NaOCl 2,5%, obturación con técnica híbrida de Tagger. El control a la semana mostró fístula inactiva. Se optó por controlar la evolución de la lesión sin realizar la cirugía complementaria. Los controles radiovisiográficos cada 3 meses, mostraron una evolución favorable de la zona afectada.

**Conclusión:** La indicación de cirugía apical complementaria debe ser considerada como último recurso, luego de constatar que el tratamiento endodóntico ortógrado no fue suficiente para lograr la reparación de la lesión.

## 68. RADIX ENTOMOLARIS.

Zacchino GE<sup>1</sup>, Blotta F<sup>1</sup>, Spoleti P<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FO-UNR.

**Introducción:** Dentro de las variaciones anatómicas que se presentan en un primer molar inferior podemos encontrar una tercera raíz de ubicación disto-lingual llamada radix entomolaris o de ubicación disto-bucal llamada radix paramolaris.

**Objetivo:** Reportar un caso clínico de un primer molar inferior con radix entomolaris.

**Presentación del caso:** Se presenta a la consulta un paciente derivado para realizar un tratamiento endodóntico en la pieza 46. Clínicamente no hay signos de inflamación, la pieza dentaria presenta lesión de caries profunda. El test de sensibilidad es positivo perdurando la respuesta dolorosa un tiempo prolongado, no se encuentran defectos al sondaje. Al examen radiográfico se observa en la corona una imagen radiolúcida compatible con lesión de caries, entre las raíces se evidencia de una raíz adicional y los tejidos periapicales se encuentran normales. Se arriba a un diagnóstico de pulpitis irreversible sintomática y tejido periapical normal. Se extiende la cavidad de acceso en dirección distolingual para lograr un correcto abordaje. Los conductos mesiales y el radix entomolaris se conforman con el sistema de limas Fanta™ F one, y el distal de forma manual hasta una lima #45. Se irriga con una solución de hipoclorito de sodio al 2.5% durante todo el tratamiento, EDTA al 17% al finalizar la conformación y una última irrigación con hipoclorito de sodio. Los conductos se obturan con conos de gutapercha y cemento según la fórmula de Grossman, usando la técnica de termocompactación híbrida de Tagger en el conducto distal, los demás se obturan con compactación lateral en frío. Se realiza un control a los 6 y 12 meses: paciente asintomático, sin signos inflamatorios y sin signos de periodontitis al examen radiográfico.

**Discusión:** Un conocimiento adecuado de las variantes anatómicas es indispensable para el abordaje endodóntico. Los radix entomolaris exigen un abordaje clínico diferente para poder evitar errores iatrogénicos y lograr una correcta limpieza y conformación.

**Conclusión:** Durante el diagnóstico debemos hacer una lectura minuciosa de la radiografía preoperatoria para identificar una anatomía topográfica y/o radicular excepcional. La puesta en marcha de estrategias y maniobras clínicas específicas permiten mantener un buen pronóstico del tratamiento endodóntico.

## **69. ACCESO ENDODÓNTICO GUIADO EN UN INCISIVO CENTRAL SUPERIOR CON CONDUCTO CALCIFICADO**

Vrlica K<sup>1\*</sup>, Alfie N.<sup>1</sup>, Martínez F<sup>1</sup>, Siragusa C<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Objetivo.** Describir el protocolo de acceso endodóntico guiado para conductos calcificados. Presentación del caso: Material y técnicas. Paciente femenino de 43 años con antecedente de traumatismo dentoalveolar concurre a la consulta con una derivación para tratamiento endodóntico de la pieza dentaria 1.1 con calcificación del tercio coronario del conducto, la cual se diagnosticó con necrosis pulpar y periodontitis apical crónica. Mediante imágenes tomográficas y escaneo intraoral digital se confeccionó una guía quirúrgica con Blue Sky Bio para el acceso endodóntico. Se utilizó para dicho acceso la fresa prolongadora de Neodent, para la instrumentación mecanizada el sistema Race Evo (FKG), para la irrigación química una solución de hipoclorito de sodio al 2,5% y EDTAC al 17% y activación ultrasónica con la punta E62 de Woodpecker, y para la obturación la técnica termoplástica con Fastpack y Fast Fill (Eighteeth) y sellador AH Plus. Finalmente, para el sellado coronario, se empleó la resina Tetric N Flow de Ivoclar. Resultados. El caso clínico fue concluido con éxito, pudiéndose localizar, instrumentar, descontaminar y obturar el conducto en una única sesión.

**Conclusiones:** La endodoncia guiada es una técnica predecible, segura y mínimamente invasiva para el manejo de conductos calcificados, ofreciendo una gran disminución de daños iatrogénicos y tiempo de ejecución clínica.

## 70. PLANIFICACIÓN DIGITAL Y GUÍA ENDODÓNTICA. REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Vázquez M.C<sup>1\*</sup>, Barbiero R<sup>1</sup>, Siragusa C<sup>1</sup>, Rodriguez Pa<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Objetivo:** Demostrar el uso de nuevas tecnologías para el acceso endodóntico.

**Presentación del caso clínico:** Paciente de 36 años fue derivado a la Cátedra de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires (FOUBA). El motivo de la consulta: dolor agudo asociado en pieza 2.1 con proceso alveolar agudo, imagen radiolúcida lateralizada y conducto calcificado hasta tercio medio; diagnóstico: necrosis pulpar. La planificación del acceso endodóntico se realizó bajo un flujo digital y guía 3D estática. Se utilizó el software Blue Sky Plan® (Blue Sky Bio LLC, Grayslake, IL) para el diseño de la guía, su impresión tridimensional con Anycubic Photon S y la resina COSMOS SG (Yllier). Se utilizó para el acceso endodóntico: piedras redondas ISO 002 de diamante a 1500 RPM insertadas al adaptador de fresa de contra ángulo junto al prolongador de implantes (Neodent). La conformación e irrigación del conducto se realizó con RACE EVO 15.04, 25.04 conicidad al 4% y 25.06 conicidad 6%, hipoclorito de sodio 2,5% y EDTA 17%. La conductometría fue de 21 mm con lima K 15 (Maileffer), longitud de trabajo electrónica 20 mm y radiográfica 20 mm. Los irrigantes se activaron de manera sónica (endoactivator) y la obturación se realizó con conos de gutapercha técnica de condensación híbrida (Gutta Condensor), cemento ADSEAL y sellado definitivo con resina core dual (Paracore, Coltene) en la misma sesión.

**Discusión:** Uno de los principales inconvenientes dentro de la planificación del acceso endodóntico guiado estático fue la escasa o nula oferta de fresas específicas en el mercado nacional; por lo que otros autores han utilizado fresas de implantes para estos procedimientos. Además se requiere la formación del profesional actuante para la planificación, diseño y manejo clínico del tratamiento.

**Conclusión:** El flujo de trabajo propuesto en este caso clínico mostró precisión en la planificación y el uso de la guía endodóntica 3D, siendo una técnica mínimamente invasiva.

## 71. TRATAMIENTO DE UN MOLAR PERMANENTE CON "ANATOMÍA EN C"

Uria MS<sup>1\*</sup>, Bordón J<sup>1</sup>, Coria LE<sup>1</sup>, Duran C<sup>1</sup>, Tito Alegre D<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Introducción:** El correcto manejo de la configuración del sistema de conductos radiculares en forma de C es un reto en la práctica endodóntica, ya que puede acarrear complicaciones en la etapa de la apertura cameral, abordaje, preparación quirúrgica y obturación. La característica anatómica principal de las piezas dentarias con anatomía en C, es la presencia de una aleta o cortina conectando los conductos individuales, con áreas irregulares que pueden alojar tejido pulpar, microorganismos o detritus. Las raíces se pueden encontrar fusionadas, tanto por vestibular o por lingual. Su anatomía es frecuentemente cónica o cuadrangular.

**Objetivo:** Establecer un protocolo de tratamiento que permita alcanzar el éxito en estas anatomías complejas.

**Presentación del caso:** El presente caso clínico describe el tratamiento endodóntico realizado en una pieza dentaria con anatomía en C, en una paciente de sexo femenino, de 20 años de edad, sin antecedentes médicos de relevancia, que presenta caries penetrante en la pieza 3.7 con diagnóstico de necrosis pulpar.

**Conclusión:** Las variedades anatómicas representan un desafío en el diagnóstico y el tratamiento. La comprensión completa de las mismas es indispensable para abordar de manera correcta el sistema de conductos, y poder así eliminar completamente los residuos y microorganismos del interior de los mismos.

## **72. MANEJO ENDODÓNTICO DE UN PRIMER MOLAR INFERIOR CON 3 CONDUCTOS. REPORTE DE CASO CLÍNICO.**

Salazar J<sup>1\*</sup>, Manion F<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Objetivo:** Mostrar las variables anatómicas que presentan los primeros premolares inferiores. A su vez entender posibles complicaciones para lograr un sellado completo del sistema de conductos con la finalidad de obtener un tratamiento exitoso.

**Presentación del caso:** El reporte de este caso describe la terapia endodóntica de un primer premolar inferior con 3 conductos confirmados por CBCT. Con diagnóstico de pulpitis irreversible y periodonto aparentemente sano. Se realizó un procedimiento endodóntico con microscopio buscando la localización y el sellado completo del sistema de conductos, a su vez se realizó el posterior tratamiento rehabilitador. Luego de tres meses se tomó Rx de control para evaluar el estado del diente rehabilitado y se realizará seguimiento a los 6 meses y al año.

**Conclusión:** El conocimiento de las variables anatómicas, así como un correcto análisis clínico y radiográfico antes de realizar el tratamiento de conducto en un primer premolar inferior es fundamental para el desarrollo de estrategias que nos guíen hacia el éxito.

### 73. ENDODONCIA GUIADA: RESOLUCIÓN DE CONDUCTO CALCIFICADO ELEMENTO 1.2

Rocchio MA<sup>1</sup>, Consoli Lizzi EP<sup>1</sup>, Chaintiou Piorno R<sup>1</sup>, Martínez CP<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Objetivo:** Exponer la resolución endodóntica del caso clínico en una pieza 1.2 que presenta conducto calcificado mediante el uso de endodoncia guiada por vía ortógrada, ante la imposibilidad de su resolución con técnica convencional.

**Presentación del caso:** Se realizó el análisis clínico, radiográfico y tomográfico del sector anterosuperior y se estableció un diagnóstico de tratamiento endodóntico previamente iniciado en la pieza 1.2 con necrosis pulpar y periodontitis apical aguda, con la imposibilidad de localización del conducto radicular. Se anestesió la pieza dentaria en cuestión, y se realizó un aislamiento modificado para el asentamiento de la guía, la reapertura de la pieza fue realizada con fresa redonda para la eliminación de material provisorio. Bajo el uso de microscopio operativo, se procedió a la colocación de la guía, y la utilización de fresa 1.1 para la rectificación de la guía de acceso ya de manera guiada, una vez localizado el conducto se realizó el cateterismo del mismo con lima K calibre 15. Luego se continuó con el tratamiento endodóntico en forma convencional con limas rotatorias protaper gold de la pieza y la restauración plástica correspondiente.

**Discusión:** La correcta planificación de la terapia que incluye la localización del conducto mediante tomografía cone beam, la realización de una guía endodóntica bajo el uso de magnificación, fueron esenciales para la localización del conducto radicular, que de manera convencional no pudo ser resuelto previamente.

**Conclusión:** Mediante el uso de endodoncia guiada se pudo realizar un tratamiento de conducto conservador, y la localización del conducto sin realizar desviaciones y el desgaste excesivo de tejido dentario.

## 74. REABSORCIÓN DENTINARIA INTERNA: UN DESAFÍO EN LA DESINFECCIÓN Y OBTURACIÓN DEL CONDUCTO

Pedraza C<sup>1\*</sup>, Salduna S<sup>1</sup>, Mendoza V<sup>1</sup>, Tenaglia N<sup>1</sup>, Martín G<sup>1</sup>.

1. Carrera de Especialización en Endodoncia. FO-UCC

**Objetivo:** Exponer el tratamiento endodóntico de un incisivo central superior con una reabsorción dentinaria interna (RDI). La RDI se define como una reabsorción inflamatoria, que produce destrucción progresiva de la dentina intrarradicular y los túbulos dentinarios, como resultado de actividad clástica, por el reemplazo del tejido pulpar normal por tejido granulomatoso.

**Reporte del caso clínico:** Paciente de 31 años, que acudió a la consulta porque notó un incisivo central más oscuro que el resto. Durante la anamnesis, relató antecedentes de tratamiento ortodóntico fijo. A la inspección clínica se observó cambio de coloración en la pieza dentaria 2.1 y test de vitalidad negativa. En la radiografía, se observó una imagen radiolúcida redondeada en el tercio coronario y medio radicular compatible con una reabsorción dentinaria. Mediante una CBCT se corroboró el diagnóstico presuntivo y se analizaron los límites de la reabsorción, determinando la presencia de una RDI sin comunicación con el periodonto, con diagnóstico de necrosis pulpar. El tratamiento se realizó en 2 sesiones. En la primera, se preparó el conducto con el sistema Protaper Gold (Dentsply Sirona), se irrigó con hipoclorito de sodio 2,5% y se obturó temporariamente el conducto con pasta de hidróxido de calcio. En la segunda, luego de la preparación quirúrgica, se obturó con cono de gutapercha en la porción apical y la RDI fue obturada con gutapercha inyectable con el sistema EQ-V Master (Meta Biomed, Corea). El sellador utilizado fue Ceraseal (Meta Biomed). En los controles a los 3 y 9 meses la paciente se presentó asintomática, y con normalidad en los tejidos perirradiculares. **Discusión:** Si bien la causa de la RDI es idiopática, las fuerzas ortodónticas excesivas pueden generar reabsorciones dentinarias tanto internas como externas; y en este caso la paciente tuvo ortodoncia. En las RDI es difícil lograr una adecuada limpieza, desinfección y obturación, debido a la concavidad y las irregularidades de la cavidad.

**Conclusión:** El uso CBCT permitió diagnosticar tridimensionalmente la extensión de la reabsorción y planificar un tratamiento adecuado. La obturación de la RDI con gutapercha inyectable y sellador fue adecuada ya que la ampolla quedó obturada completamente.

## **75. LESIÓN APICAL DE GRAN TAMAÑO RELACIONADA CON UN DENS INVAGINATUS.**

Obelar CE<sup>1\*</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>, Lenarduzzi AL<sup>1</sup>, Alfie N<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Objetivo:** Presentar caso clínico pieza dentaria 1.2 con lesión apical de gran tamaño con anomalía anatómica de diente invaginatus y pieza 1.1.

**Presentación del caso:** El presente caso, corresponde a una paciente de sexo femenino que concurrió a la Cátedra de Endodoncia de la FOUBA y al examen radiográfico se observó una imagen radiolúcida de gran tamaño en relación al ápice de las piezas 1.2 y 1.1. Al examen clínico la pieza 1.2 no responde al test de frío y al realizarse estudio tomográfico se confirma la anomalía anatómica de diente invaginatus. La pieza 1.1 responde positivamente al test de sensibilidad. Se propuso el tratamiento endodóntico en 1.2 y control de pieza 1.1. Se realizó el tratamiento propuesto con evolución favorable en pieza 1.2 pero la pieza 1.1 mostró signos de necrosis pulpar en el transcurso de un año, por lo cual se replanteó en realizar la terapia endodóntica correspondiente. Se presenta control clínico y tomográfico con 24 meses de evolución.

**Conclusión:** Las lesiones de gran tamaño son un desafío para la terapia endodóntica. Analizando este caso se confirma la importancia del seguimiento a distancia para determinar el éxito del tratamiento.

## **76. COMPLEJIDAD ANATÓMICA EN PREMOLAR INFERIOR: USO DE TOMOGRAFÍA CONE BEAM COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA**

Navarro ML<sup>1\*</sup>, Jiménez Calabrese P<sup>1</sup>, Ortellado M<sup>1</sup>, Robles C<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Introducción:** El primer premolar inferior tiene como características anatómicas una mayor frecuencia de un conducto único, cónico y con un solo foramen. Sin embargo hay múltiples variaciones posibles en el sistema de conductos radiculares de dicha pieza.

**Objetivo:** En el presente estudio se describe la resolución clínica de un premolar inferior con dos conductos y dos forámenes independientes.

**Reporte de caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 46 años concurre a la Cátedra de Endodoncia relatando dolor en las piezas 4.4 y 4.5. Al examen clínico, presentan caries penetrantes. Ambas piezas presentan sintomatología dolorosa a la percusión vertical. Radiográficamente se observa radiolucidez apical difusa asociada a la pieza 4.5 y ligero ensanchamiento del

espacio del ligamento periodontal en la pieza 4.4; ambas piezas presentan sus ápices desarrollados. La pieza 4.5 tiene una imagen compatible con un conducto único mientras que, en la 4.4 se sospecha de la bifurcación del canal radicular por imagen difusa a nivel del tercio medio/apical, razón por la cual se decide corroborar con tomografía cone beam (CBCT) para poder tener un conocimiento preciso de la anatomía. El diagnóstico pulpar de la pieza 4.5 es de necrosis y el de la pieza 4.4 pulpitis irreversible. La tomografía mostró imagen hipodensa compatible con conducto radicular de un conducto que, a nivel del tercio medio, se bifurca en dos conductos (vestibular/lingual) que terminan en forámenes independientes en una misma raíz. De este modo se logró conocer la anatomía para poder llevar a cabo el abordaje endodóntico con mayor certeza. Se realizó el tratamiento de conducto con instrumental mecanizado con Protaper Gold, irrigación sónica y obturación con conos de gutapercha y cemento de resina.

**Conclusión:** El uso de la CBCT es una herramienta diagnóstica que nos permite adquirir imágenes tridimensionales de las estructuras anatómicas en diversos cortes y facilitando el reconocimiento de la anatomía radicular y el sistema de conductos presentes en la pieza dentaria, con mínima distorsión y dosis de radiación significativamente reducida.

## **77. APERTURA ENDODÓNTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA EMPLEANDO LÁSER DE ERBIO: YAG**

Moncada A<sup>1\*</sup>, Fernández Alemán J<sup>1</sup>, Casadoumecq AC<sup>2</sup>, Chiantiou Piorno<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Objetivo:** Reconocer las posibles estrategias técnicas existentes para el abordaje cameral en dientes que serán tratados endodónticamente. El cíngulo, la cresta oblicua y el techo de la cámara pulpar, desempeñan un papel vital en la actividad funcional; conservarlos aumenta la resistencia a las fracturas. En este caso clínico se decidió realizar la apertura cameral con un equipo Láser de Erbio:YAG con longitud de onda de 2940 nm. para preservar la función normal y la vida útil del diente restaurado.

**Presentación del caso:** Paciente masculino con dolor agudo y espontáneo. Al examen clínico se observa lesión de caries pequeña en la cara distal de pieza dentaria 2.5 sin edema ni fístula. Responde tanto a la prueba de percusión vertical como al test de respuesta pulpar al frío, siendo este último de intensidad severa. Radiográficamente se observa imagen radiolúcida en la cara distal, compatible con una lesión de caries penetrante. Se realiza la apertura empleando equipo Láser de Erbio:YAG con longitud de onda de 2940 nm. Luego de la apertura se procedió a realizar el protocolo endodóntico de la cátedra de Endodoncia FOUBA. Glide Path: lima K 10. Preparación accesos: Pre race (FKG) Técnica: Race Evo (FKG RE1 15/04, RE2 25/04. Irrigación: Hipoclorito 2,5% EDTA al 17%. Activación: punta ultrasonido E1 Irrisonic (HELSE). Cono Principal : 25/04. Cemento sellador: AH Plus. (Dentsply Sirona) Sellado coronario: ParaCore (COLTENE).

**Conclusión:** El empleo del Láser permite un menor desgaste de la estructura dental, esto debido a la selectividad y precisión en la eliminación del tejido cariado, sin embargo, un factor a considerar sería el mayor tiempo de trabajo debido a lo delicado del procedimiento clínico. Es importante destacar los obstáculos técnicos y económicos que deben superarse y así poder realizarlo plenamente en la práctica clínica.

## 78. TRATAMIENTO ENDODÓNTICO EN PRIMER MOLAR SUPERIOR DERECHO CON HIPERTAURDONCIA.

David Martínez F<sup>1\*</sup>, Chaintiou Piorno R<sup>1</sup>, Consoli Lizzi EP<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Objetivo:** Describir el tratamiento endodóntico de un primer molar superior con una anomalía morfo-anatómica del desarrollo conocida como hipertaurodoncia.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 16 años acude a la Cátedra de Endodoncia de la FOUBA, manifestando presentar dolor en primer molar superior derecho. Se realizó el análisis clínico, test de respuesta pulpar, percusión, palpación en fondo de surco y se arribó al diagnóstico de necrosis y periodontitis apical crónica. La radiografía periapical reveló una anatomía interna compleja en la porción radicular, compatible con diente con una anomalía morfo-anatómica del desarrollo. Se determinó que se trataba de un diente con hipertaurodontismo según Shaw (1928). Se realizó limpieza de caries con instrumental rotatorio, cateterismo, determinación de la longitud de trabajo electrónica y su corroboración radiográfica, instrumentación manual hasta lima K #30 y se hizo hincapié en la irrigación y su activación ultrasónica, para finalmente obturar el sistema de conductos con técnica termoplastizada. Todos los procedimientos se realizaron con apoyo del microscopio clínico operativo. Se derivó a la cátedra correspondiente para su rehabilitación protética. Se recitó a control.

**Conclusión:** El taurodontismo es una anomalía morfo-anatómica del desarrollo que rara vez se observa en las piezas dentarias pero presenta alta relevancia a la hora de realizar un tratamiento endodóntico, como se observó en el presente caso. Se recomienda el uso de magnificación, abundante irrigación y activación de las soluciones como así también, realizar una obturación lo más tridimensional posible, valiéndonos de técnicas termoplásticas.

## **79. "TRATAMIENTO ENDODÓNTICO Y QUIRÚRGICO DE REABSORCIÓN CERVICAL EXTERNA EN INCISIVO LATERAL SUPERIOR"**

Le Roux MJ<sup>1\*</sup>, Battistoni F<sup>1</sup>, Prat M<sup>1</sup>, Martín G<sup>1</sup>.

1. Carrera de Especialización en Endodoncia. FO-UCC

**Introducción:** La reabsorción cervical externa (RCE) es una patología difícil de detectar, lo que complica el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento. El proceso destructivo provoca pérdida progresiva de tejido, comenzando en la superficie radicular y avanzando hacia la pulpa. Este tipo de reabsorción ocurre principalmente en la región cervical de la raíz pudiendo confundirse con lesión de caries radicular. El objetivo del presente reporte clínico es destacar la importancia del diagnóstico para elaborar un plan de tratamiento adecuado para la conservación del elemento dental en la cavidad bucal.

**Presentación del caso:** Paciente masculino, se presenta a la consulta con dolor espontáneo en incisivo lateral superior, pieza dentaria 12. Dentro de sus antecedentes, es importante destacar que ha estado bajo tratamiento ortodóncico durante mucho tiempo. Tras riguroso análisis clínico, radiográfico y tomográfico, se diagnosticó reabsorción cervical externa. El tratamiento se planificó en etapas: la primera donde se realizó el tratamiento endodóntico y la segunda etapa quirúrgica. En la cirugía, luego de realizar un colgajo mucoperióstico para el acceso adecuado a la lesión reabsortiva, se realizó curetaje del tejido granulomatoso, utilizando puntas ultrasónicas y cucharillas para tal fin. Posteriormente, se selló el defecto de la reabsorción con un cemento biocerámico, Biodentine (Septodont). En el control clínico y radiográfico a los 3 meses, se observó normalidad en los tejidos perirradiculares y el paciente estaba asintomático. **Discusión:** el manejo clínico de la RCE varía según el grado de progresión y se han sugerido diferentes alternativas para el tratamiento de esta patología. Dentro de los materiales de sellado de la cavidad de la reabsorción, el uso de un material bioactivo, biocompatible, con capacidad de promover la reparación dentinaria, sellado y posterior adhesión a los sistemas plásticos reconstructivos necesarios para devolver la estética que la zona de la lesión demandaba, el cemento Biodentine fue el material de elección.

**Conclusión:** Para lograr el éxito en el tratamiento de una reabsorción cervical externa en un incisivo lateral superior, no sólo fue importante realizar el tratamiento endodóntico sino también el tratamiento quirúrgico periodontal y la restauración de la pieza dentaria.

## 80. REABSORCIÓN DENTINARIA INTERNA. PLANIFICACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Lacquaniti L<sup>1\*</sup>, Rulli MS<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Introducción:** A diferencia de la dentición primaria, donde los procesos de reabsorción son fisiológicos, en las piezas definitivas siempre responden a procesos patológicos. La reabsorción dentinaria interna deriva de la pérdida de dentina, por la acción de células clásticas, en respuesta a procesos inflamatorios en el tejido pulpar. Generalmente es de curso asintomático y, como en el caso a desarrollar, son diagnosticadas mediante un hallazgo radiográfico. El recurso de inestimable valor de la Tomografía Computada de haz Cónico se vuelve fundamental para la planificación del caso, como también el uso de instrumentos adecuados para cada paso del tratamiento, fueron pilares fundamentales para la resolución del caso clínico que se presentará.

**Objetivo:** Valorar la planificación y el uso de imágenes tridimensionales para la resolución con materiales e instrumentos adecuados para el caso.

**Presentación del caso:** Concorre a la cátedra de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires un paciente que acude a un control. A la imagen radiográfica se observa una radiolucidez en la pieza 2.1 qué, confirmado por la imagen de la CBCT, se diagnostica Reabsorción Dentinaria Interna. Con el uso del Software iRYS se planifica el caso, realizando mediciones y ubicando tridimensionalmente la lesión dentro del conducto dentinario. Se utiliza sistema de limas mecanizadas de giro continuo para el tratamiento endodóntico, hipoclorito de sodio al 2,5% como irrigante (importante en este caso la activación del mismo, utilizando puntas de ultrasonido y sistema de limas XP Endo 3D Finisher), y obturación con sistema de onda continua de calor. Se realiza sellado definitivo con resina en el momento, a fin de evitar filtraciones.

**Discusión:** El tratamiento endodóntico en casos de reabsorción dentinaria interna es la solución para estos casos, dado que eliminamos el tejido pulpar que se encuentra en estado inflamatorio, y es responsable de provocar la lesión mediante la acción de los Odontoclastos.

**Conclusión:** Las lesiones de reabsorción radicular necesitan un diagnóstico diferencial con correcta toma de radiografías y el complemento de imágenes tridimensionales mediante el uso de CBCT. Los materiales adecuados para el caso clínico particular nos dará mayor previsibilidad para mejorar el pronóstico de las mismas.

## 81. COMPLEJIDAD ANATÓMICA: PREMOLAR SUPERIOR CON TRES CONDUCTOS

Jaureguibehere S<sup>1\*</sup>, Pizarro Meneses CG<sup>1</sup>, Labarta AB<sup>1</sup>, Rodriguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Objetivo:** Concientizar al clínico sobre la complejidad anatómica que pueden presentar los primeros premolares superiores, ya que su desconocimiento puede llevar al fracaso del tratamiento endodóntico.

**Reporte del caso:** Paciente femenina, 27 años, acude a la consulta por presentar dolor intenso a los cambios térmicos en pieza 1.4. Clínicamente se observó caries penetrante ocluso distal, respuesta aumentada a la prueba de sensibilidad pulpar al frío y ausencia de dolor a percusión vertical y horizontal. Radiográficamente se observó caries profunda ocluso distal, borramiento del conducto radicular a nivel de la unión del tercio cervical con el tercio medio, presencia de tres raíces con tres conductos, y ápices desarrollados. Se evidenció continuidad de ligamento periodontal en las tres raíces. Diagnóstico: Pulpitis irreversible sintomática. Protocolo clínico: anestesia, aislamiento, apertura con piedra redonda de diamante O6 (Komet) y rectificación con fresa endozeta (Dentsply). Determinación de la longitud de trabajo con localizador electrónico de foramen y posterior corroboración radiográfica. Preparación quirúrgica: Sistema AR Blue (Deltajet), hasta lima X2 en conductos mesiovestibular y distovestibular y hasta lima X3 en conducto palatino. Preparación química: Irrigación con NaOCl 2,5% y EDTAC 17%, realizando activación ultrasónica pasiva con inserto ED60 (Woodpecker), en tres ciclos de 20 segundos cada uno. Obturación: Técnica híbrida de Tagger y sellador Adseal (Meta Biomed). Restauración provisoria: Torunda de teflón y resina compuesta Filtek Z350 XT (3M).

**Conclusión:** Según Vertucci la incidencia de premolares superiores con una sola raíz varía del 22% al 50%; con dos raíces del 50% al 72% y con tres raíces del 0 al 6%. El uso de nuevos recursos tecnológicos como el microscopio quirúrgico y la CBCT facilitan la localización y preparación de las anatomías complejas. Un análisis exhaustivo de la imagen radiográfica, una exploración minuciosa del piso cameral, un buen conocimiento de la morfología anatómica con la posible variación del sistema de conductos y tiempo suficiente para realizar adecuadamente el tratamiento, son necesarios para lograr un resultado exitoso cuando se presenta este tipo de casos.

## **82. ENDODONCIA EN ANATOMÍA COMPLEJA: UN ENFOQUE ESTRATÉGICO "COMENZAR CON EL FINAL EN LA MENTE".**

Falco Scampitilla LG<sup>1\*</sup>, Gutiérrez M<sup>1</sup>, Piacenza A<sup>1</sup>, Escribano MF<sup>1</sup>

1. Cátedra de Endodoncia B. FO-UNC.

**Objetivo:** Demostrar la aplicación de herramientas como imágenes tomográficas y modelos virtuales 3D en el enfoque integral y estratégico para el diagnóstico y tratamiento endodóntico de anatomías complejas.

**Presentación del caso:** Paciente masculino, de 35 años. Requiere tratamiento endodóntico en el diente 3.4. Presenta en el examen clínico: Ausencia de sintomatología, percusión vertical y horizontal negativas, y prueba de vitalidad pulpar negativa. Posee antecedentes de fuerzas ortodóncicas y rehabilitación protésica. En el diagnóstico por imágenes se sospecha, en la radiografía periapical la presencia de una variable anatómica tipo VIII, y el estudio CBCT confirma la presencia de dos raíces y tres conductos radiculares 2341M1D2. Con el objeto de visualizar la anatomía radicular y planificar el tratamiento con precisión a partir de las imágenes de CBCT se realiza el modelo virtual 3D del diente (Software Avizo, Thermo Fisher Scientific). El tratamiento endodóntico consistió en un acceso coronal conservador, conformación de los conductos con limas manuales y mecanizadas rotatorias (Proglider® y sistema Protaper Next®). La obturación se realizó con gutapercha y sellador AH Plus® utilizando la técnica de compactación lateral. Se reconstruyó la corona con sellado dentinario inmediato (adhesivo Optibond fl 2 pasos), y corona de disilicato de litio monolítica maquillada. En el control a los 12 meses se observa normalidad en los tejidos apicales y ausencia de síntomas clínicos.

**Discusión:** La complejidad del sistema de conductos radiculares es uno de los principales desafíos que enfrentan los endodoncistas en la práctica diaria. A menudo, se subestima la complejidad que pueden presentar los premolares inferiores. Diversos estudios evidencian la variabilidad morfológica que pueden adoptar.

**Conclusión:** La utilización de herramientas diagnósticas como CBCT y el modelado virtual 3D, complementado con un enfoque integral permiten abordar casos con anatomías canaliculares complejas con mayor seguridad y predictibilidad.

### **83. OBTURACIÓN DE UN CONDUCTO LATERAL, ¿UN HECHO FORTUITO?**

De Gaetani MI<sup>1</sup>, Spoleti P<sup>1</sup>, Blotta F<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FO-UNR

**Objetivo:** Describir las maniobras clínicas que se llevan a cabo durante el protocolo de tratamiento para favorecer un sellado tridimensional del sistema de conductos radiculares en piezas con lesión periradicular.

**Presentación del caso:** Endodoncia en pieza 1.1 con diagnóstico de Necrosis Pulpar y Absceso Apical Crónico. Al examen radiográfico se aprecia un conducto lateral de gran calibre. Se realiza instrumentación manual e irrigación dinámica con hipoclorito de sodio al 2.5% y después de la conformación ácido etilendiaminotetracético (EDTA) al 17% (activación manual y ultrasónica). Obturación con compactación lateral de conos de gutapercha y sellador a base de óxido de cinc y eugenol según fórmula de Grossman. En la radiografía postoperatoria se observa una obturación endodóntica compacta. Controles a 3, 6 y 12 meses. En los controles se evidencia el cierre del trayecto fistuloso, ausencia de signos y síntomas de inflamación. Al examen radiográfico se aprecia una disminución progresiva del tamaño de la lesión osteolítica compatible con proceso de reparación y una tendencia a la normalización en la imagen de los tejidos periapicales.

**Discusión:** La intrincada anatomía del sistema de conductos radiculares deja múltiples áreas inaccesibles para la instrumentación mecánica resultando imposible lograr una completa limpieza y desinfección sin el uso complementario de soluciones irrigadoras como coadyuvantes. El hipoclorito de sodio es considerado la solución irrigadora ideal y su activación es una de las variables que se pueden implementar para aumentar su eficacia y potenciar su efecto antimicrobiano, mejorando el flujo de la solución permitiendo alcanzar aquellas áreas inaccesibles y ayudando también a descombrar detritus adheridos a las paredes del conducto para luego ser eliminados mediante la aspiración. Un agente sellador con buen corrimiento y una adecuada técnica de obturación que aporte tridimensionalidad son capaces de penetrar en aquellas áreas que se encuentren permeables.

**Conclusión:** Un sellado tridimensional del sistema de conductos radiculares es necesario para lograr resultados esperables. La obturación de los distintos accidentes anatómicos se verá supeditada principalmente al uso meticuloso de las soluciones irrigadoras y de los distintos recursos que se pueden aplicar para potenciar su eficacia, logrando así conductos más permeables al momento de la obturación.

## **84. OBTURACIÓN CON TÉCNICA TERMOPLASTIZADA EN UN CONDUCTO EN FORMA DE "C"**

Crespo Campoverde A<sup>1</sup>, Álvarez I<sup>1</sup>, Arce Brisson G<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Introducción:** El tratamiento de endodoncia exitoso depende de un conocimiento profundo de las variaciones anatómicas del conducto radicular junto con un diagnóstico, planificación del tratamiento y experiencia clínica adecuada. Una de las configuraciones de conducto radicular difíciles que se encuentran con frecuencia en los segundos molares mandibulares es el conducto radicular en forma de C. Debido a la intrincada configuración del conducto radicular, a menudo es difícil negociar, instrumentar y obturar dichos conductos, lo que conduce al fracaso del tratamiento del conducto radicular. Comprender la variación anatómica y una visualización adecuada permitirá al odontólogo manejar estos casos de manera efectiva. Las técnicas avanzadas de irrigación y obturación ayudan a gestionar estas configuraciones de canales.

**Objetivo:** Incorporar los conocimientos sobre el manejo adecuado de conductos que presentan anatomías complejas para lograr un sellado tridimensional y una correcta reparación endodóntica.

**Presentación del caso:** Paciente femenina de 25 años informó dolor asociado con su segundo molar mandibular izquierdo. Examen clínico y radiográfico: restauración defectuosa y radiolúcidez que afectaba a la cámara pulpar, presencia de una única raíz cónica. -Aislamiento con dique de goma (Sanctuary, Malasia). El piso pulpar reveló la presencia de un orificio tipo C2 (según la clasificación anatómica de Fan). -Limpieza y conformación se realizó con instrumentación mecanizada rotatoria Protaper Gold (Dentsply, Maillefer, Suiza) preparación quirúrgica hasta instrumento F2. -Irrigación con hipoclorito al 2,5% y EDTA al 17% y la preparación se completó con activación ultrasónica Ultra X (Eighteeth - Changzhou, China), el canal se secó con puntas de papel estériles (Meta Dental Manufacturing Inc. Korea). -Obturación se realizó con cemento sellador AH Plus (Dentsply Sirona), cono principal F2 (Meta Dental Manufacturing Inc. Corea) y técnica termoplastizada Fast-Pack (Eighteeth - Changzhou, China) **Discusión:** Varios autores coinciden en la utilización de nuevas técnicas de irrigación y obturación, con el fin de llegar a limpiar espacios en donde la instrumentación convencional no llega.

**Conclusión:** El conocimiento de las distintas anatomías dentales, permitirá al odontólogo prevenir diagnósticos inexactos y tratamientos inadecuados o errores de procedimiento. La utilización de nuevas técnicas de irrigación y obturación potencian el éxito del tratamiento endodóntico.

## **85. ENDODONCIA DE ALTA COMPLEJIDAD: RESOLUCIÓN DE ACCIDENTE INTRAOPERATORIO Y SEGUIMIENTO A DISTANCIA.**

Consoli Lizzi Ep<sup>1\*</sup>, Chaintiou Piorno R<sup>1</sup>, Corominola PL<sup>1</sup>, Ciolli Cecato V<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Objetivo:** Exponer la resolución endodóntica por vía ortógrada y seguimiento a dos años de un caso clínico de una paciente que presentaba una lesión apical relacionada a las piezas 2.1 y 2.2, ambas con tratamientos endodónticos previamente iniciados. Además, la pieza 2.1 tenía un instrumento fracturado en el conducto radicular.

**Presentación del caso:** Se realizó el análisis clínico, radiográfico y tomográfico del sector anterosuperior y se estableció un diagnóstico de tratamiento endodóntico previamente iniciado en las piezas 2.1 y 2.2 con absceso alveolar crónico. Además, se determinó que la pieza 2.1 alojaba un instrumento endodóntico fracturado, cuya imagen radiográfica era compatible con un fragmento de fresa Endo Z. Se anestesió, se aisló de forma absoluta y se realizó la reapertura de la pieza 2.1. Bajo el uso de microscopio operativo, se localizó la fresa que se encontraba trabada en el tercio apical, y se movilizó hacia coronal con puntas de ultrasonido. Una vez que se liberó parcialmente de la luz del conducto, se la sobrepasó con una lima Hedstroëm para evitar que se mueva y que eventualmente vuelva a alojarse en una posición más apical. Inmovilizado el fragmento, se pudo tomar con una micro-pinza para realizar su extracción del conducto dentario. Luego se continuó con el tratamiento endodóntico en forma convencional de las piezas 2.1 y 2.2, y se realizó la restauración plástica correspondiente a ambas piezas dentales. A dos años de realizados los tratamientos, el control clínico, radiográfico y tomográfico muestra la resolución favorable del caso.

**Conclusión:** Mediante una planificación adecuada se pudo realizar una terapia conservadora para lograr el éxito del tratamiento a 2 años de su ejecución.

## 86. SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR INVAGINADO. ¿CÓMO LO TRATAMOS?

Chaintiou Piorno R<sup>1\*</sup>, Guimaraes Martins F<sup>1</sup>, Fernández Alemán JE<sup>1</sup>, Consoli Lizzi EP<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Objetivo:** Describir el tratamiento de un segundo premolar inferior invaginado tipo 3b según Oehlers (1957) que presentaba un diagnóstico de necrosis pulpar con complicación periapical.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 16 años de edad concurre a la consulta derivado por su odontóloga luego de observar en una radiografía panorámica de control una radiolucidez perirradicular en el segundo premolar inferior derecho, en cuya pieza presentaba una anomalía de desarrollo denominada diente invaginado. Se trató de un hallazgo radiográfico, ya que el paciente no presentaba sintomatología y clínicamente al observar dicha pieza no se veía alteración de la corona. Se solicitó una CBCT para planificar la estrategia de tratamiento. Se determinaron 2 puntos de accesos, a la invaginación y al conducto propiamente dicho. Se realizó cateterismo, flare, conductometría electrónica y su corroboración radiográfica, instrumentación mecanizada hasta una lima F5 en el conducto principal y F3 en la invaginación, del sistema Protaper Gold (Dentsply-Sirona, Baillagues, Suiza). Al observar la complejidad de la anatomía interna se planificó hacer activación de las soluciones irrigantes, con método ultrasónico Ultra X (Eighteeth, Changzhou, China) y lima XP-Endo Finisher (FKG Dentaire, La Chaux-de-Fonds, Suiza). Debido a la amplitud del foramen apical, se propuso realizar una técnica de apexificación con Biodentine (Septodont, Saint-Maur-des-Fossés, Francia) en el conducto principal y luego se obtura ambos conductos con cono de gutapercha y Bio C Sealer (Angelus, Londrina, Brasil). En la misma sesión se sellaron ambas entradas a los conductos con composite P60 color A2 (3M ESPE, St. Paul, MN, EEUU).

**Conclusión:** El diente invaginado es una anomalía del desarrollo que predispone a las piezas dentarias a enfermedades pulpares y perirradiculares. Es de suma importancia, realizar un correcto diagnóstico clínico y por imágenes, para proceder de forma adecuada al tratamiento de dicha pieza, que resulta muy desafiante debido a la complejidad anatómica, como se observó en el presente caso.

## **87. ABORDAJE ENDODONTICO ATÍPICO EN INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES.**

Bordon J<sup>1\*</sup>, Uria MS<sup>1</sup>, Coria LE<sup>1</sup>, Duran C<sup>1</sup>, Tito Alegre D<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Introducción:** el acceso coronario es una de las primeras etapas del tratamiento endodóntico, esta nos permite acceder al espacio pulpar, para luego poder realizar una correcta preparación químico mecánica del sistema de conductos radiculares. tradicionalmente el abordaje de un incisivo central superior se realiza por palatino intentando preservar la mayor cantidad posible de estructura dental. En ciertas ocasiones este abordaje puede verse modificado dependiendo del caso clínico a tratar.

**Presentación del caso:** el presente caso clínico desarrolla el abordaje endodóntico de dos incisivos centrales superiores con lesión de caries penetrante por vestibular y cervical.

**Conclusión:** es importante evaluar cada caso clínico no solo a nivel endodóntico si no también a nivel estructural, para así establecer el tratamiento más adecuado y conservador que asegure el éxito a largo plazo.

## **88. MANEJO NO QUIRÚRGICO DE REABSORCIÓN RADICULAR CON EL USO DE BIOCERÁMICOS.**

Anchundia Cedeño BA<sup>†</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FOUBA.

**Introducción:** El uso de biocerámicos en la actualidad ha demostrado ser útil en la resolución de diferentes procedimientos debido a las ventajas que ofrecen sus propiedades. Son materiales que inducen una respuesta biológica al ponerse en contacto con los tejidos, por lo que fue la primera elección para este tratamiento de reabsorción radicular externa.

**Objetivo:** presentar el tratamiento realizado en un molar inferior con reabsorción radicular externa.

**Presentación del caso:** Paciente Femenino

Edad: 22 años. Estado general: Sin patología aparente Motivo de la consulta: "amanecí hinchada y estoy con un poco de dolor" Se procedió con las pruebas clínicas y radiográficas, donde se observa reabsorción externa en la mayoría de las piezas dentarias, edema a nivel de pieza 46 que presentaba una restauración con caries recurrente en la cara ocluso-palatina, dolor espontáneo y fístula a nivel del fondo de surco. Se diagnosticó absceso fénix. Se realizó 1. Anestesia local 2. Aislamiento absoluto 3. Apertura coronaria con fresa diamantada redonda Número 8. 4. Junto con el localizar de conducto y radiografía se obtuvo la conductometría. 5. Se procedió a la Instrumentación quirúrgica con la lima One Curve (Micro-Mega, Francia) y abundante irrigación con hipoclorito de sodio al 2,5% 6. Se secaron los conductos con conos de papel estéril. 7. Se obturó totalmente con biocerámico Bio C sealer (Angelus, Brasil), se selló la entrada de los conductos con biodentine y se selló toda la cámara con Paracore (Coltene, Suiza).

**Conclusión:** Podemos concluir en este reporte de caso, diciendo que los materiales biocerámicos son una excelente opción para realizar este tipo de tratamientos endodónticos no quirúrgicos.

## 89. REABSORCIÓN CERVICAL INVASIVA

Albornoz Colomo MS<sup>1\*</sup>, De La Casa ML<sup>1</sup>, Santos AS<sup>1</sup>, Bulacio MA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. FO-UNT

**Introducción:** La Reabsorción Cervical Invasiva (RCI) es una complicación patológica severa, considerada clínicamente como un gran desafío. La RCI comienza generalmente desde la unión cervical de cemento y esmalte, donde se localiza la unión epitelial, es de característica inflamatoria no infecciosa, pudiendo ocurrir una invasión bacteriana secundaria proveniente del surco gingival. Las características clínicas varían en función de la ubicación y etapa de la lesión.

**Objetivo:** el objetivo en este caso fue eliminar el tejido afectado por la reabsorción y poder mantener la pieza dentaria.

**Presentación del caso:** Presentamos el caso de paciente que concurre a la Cátedra de Endodoncia de la FOUNT para tratar una pequeña mancha oscura a nivel cervical del elemento 11 y cambio de coloración (rosado) en la misma zona. Al tomar la rx periapical se observa gran radiolucidez en el tercio cervical radicular, correspondiente a una RCI. El paciente no recuerda haber sufrido ningún traumatismo. La pieza dentaria presenta vitalidad pulpar (test térmicos positivos) Se realiza cone bean, y se puede observar RCI clase III de Heithersay y clase 2 p de Patel. Se presentará el tratamiento realizado y los controles a 3 años de distancia

**Discusión:** El CBCT ha tenido un gran impacto en el diagnóstico y manejo de las lesiones de reabsorción radicular. El tratamiento de la RCE depende de la gravedad y la ubicación del defecto de reabsorción, así como la posibilidad de restauración del elemento dental. La utilización de cementos bioactivos, como Biodentine o MTA pueden estar indicados si la pulpa está cerca de ser expuesta. Estos materiales tienen una excelente capacidad de sellado, propiedades antibacterianas, y biocompatibilidad pero no pueden estar expuestos al medio bucal. En los casos en que exista comunicación con el medio oral, la cavidad excavada, debe restaurarse con resina compuesta, o con una restauración de cemento de ionómero de vidrio.

**Conclusión:** El manejo interdisciplinario del caso, el diagnóstico y tratamiento adecuado y a tiempo, fueron fundamentales para el éxito del tratamiento. Se continuarán los controles a distancia.

## 90. MICROCIRUGÍA APICAL PREVIA DESCOMPRESIÓN DE QUISTE INFLAMATORIO APICAL

Viñolo A<sup>1</sup>, Alfie N<sup>1</sup>, Lenarduzzi A<sup>1</sup>, Rodriguez PA<sup>1</sup>, Sierra L<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** Describir el protocolo quirúrgico de la técnica de descompresión para llegar a una cirugía mínimamente invasiva y conservadora de la vitalidad de las piezas dentarias vecinas.

**Presentación del caso:** Paciente de 19 años que al examen clínico presenta edema de la mucosa palatina y sensibilidad a la palpación y percusión. Los dientes 2.1 y 2.3 respondieron positivamente a las pruebas de vitalidad pulpar. La puntuación del índice periapical CBCT (CBCT- PAI) fue 5+D (es decir, el diámetro de la radiolucidez periapical >8 mm con destrucción del hueso cortical). El diagnóstico presuntivo (luego confirmado por examen histológico) fue Quiste Inflamatorio Radicular. Dado que la enucleación quirúrgica de esta lesión ponía en riesgo la vitalidad de las piezas dentarias vecinas, el tratamiento comenzó con un abordaje conservador de descompresión durante 6 meses para reducir el tamaño de la lesión. Se colocó un catéter estéril por palatino estabilizado con suturas monofilamento de nylon Ethilon y se le indicó a la paciente realizar lavajes diarios. A los 6 meses se realizó la enucleación y la microcirugía apical siguiendo el protocolo quirúrgico descrito por Kim, S y Kratchman, S (2018).

**Resultados:** El examen intraoral a los 12 meses posteriores a la microcirugía reveló ausencia de: sensibilidad a la percusión, edema en fondo de surco y mucosa palatina, trayecto sinusal; profundidad de sondaje normal, respuesta positiva al frío en piezas dentarias adyacentes. El examen radiográfico mostró: aumento continuo en la densidad del tejido óseo trabecular regenerado, con lámina dura intacta, considerándose un resultado óptimo del tratamiento realizado.

**Conclusión:** El quiste radicular inflamatorio es el más común de los quistes odontogénicos presentes en los maxilares, puede alcanzar grandes dimensiones poniendo en riesgo estructuras anatómicas vecinas o la vitalidad de piezas dentarias adyacentes. La descompresión es un procedimiento temporal para disminuir el volumen del quiste para que su posterior enucleación quirúrgica sea mínimamente invasiva, facilitando la cicatrización y preservando la vitalidad de estructuras adyacentes. El microscopio operativo y los procedimientos Regenerativos en las endodoncias quirúrgicas generan protocolos mínimamente invasivos, con criterios conservadores, predecibles; que se traducen en una mayor tasa de éxitos.

## **91. REGENERACIÓN TISULAR EN MICROCIROUGÍA ENDODÓNTICA CON UTILIZACIÓN DE UNA GUÍA QUIRÚRGICA.**

Rodríguez PA<sup>1\*</sup>, Miklaszewski E<sup>1</sup>, Cabirta ML<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** Describir la técnica actual de microcirugía endodóntica para el tratamiento de lesiones apicales extensas.

**Presentación del caso:** Paciente de 36 años se presenta al servicio de microcirugía endodóntica de la Cátedra de Endodoncia de la FOUBA derivado desde un centro odontológico externo. El mismo presenta un premolar superior con una lesión apical de tamaño extenso, tratado endodónticamente, con imposibilidad de acceso coronario, cuyas raíces se observan con direcciones muy divergentes. Se realizó microcirugía endodóntica según el protocolo de Cátedra de Endodoncia FOUBA, complementado con una guía quirúrgica. Debido al tamaño de la lesión se decidió realizar una técnica de regeneración guiada de tejidos empleando sustituto óseo y membrana de colágeno.

**Discusión:** Conocer los alcances de la microcirugía apical y las ventajas de las técnicas precisas utilizando biomateriales es fundamental en la endodoncia actual. Su indicación es actualmente muy amplia y su implementación poco aplicada.

**Conclusión:** Este caso describe la técnica microquirúrgica actual, que debido al advenimiento tecnológico y de nuevos biomateriales permite alcanzar una alta tasa de éxito ante el tratamiento de lesiones periapicales.

## 92. MICROCIRUGÍA APICAL EN PIEZAS 2.1 Y 2.2

Obelar CE<sup>1</sup>, Alfie N<sup>1</sup>, Lenarduzzi A<sup>1</sup>, Begega G<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** Presentar caso Clínico resuelto con microcirugía endodóntica en pieza 2.1 y 2.2.

**Presentación del caso:** Un paciente de sexo femenino se presenta a la Cátedra de Endodoncia de la FOUBA con lesión apical circunscripta asociada a piezas dentarias 2.1 y 2.2. Al examen radiográfico se observan tratamientos previamente iniciados en ambas piezas dentarias. La pieza dentaria 2.1 presentaba obliteración del sistema de conductos hasta el tercio apical. Se propuso realizar el tratamiento de conducto pieza 2.2 y en 2.1 ante la imposibilidad de acceso por vía coronaria realizar microcirugía endodóntica. Se presentan controles a 8 meses.

**Conclusión:** Utilizando el protocolo de microcirugía apical moderna, se logró un acceso seguro al tercio apical en una pieza dentaria con una calcificación severa del conducto radicular. Esta técnica es una herramienta valiosa en piezas con obliteración del canal, lo que reduce el riesgo de daño iatrogénico a la raíz.

### **93. PRECISIÓN EN MICROCIROUGÍA APICAL: CASO CLÍNICO CON GUÍA QUIRÚRGICA.**

Neput F<sup>1</sup>, Alfie N<sup>1</sup>, Barbiero R<sup>1</sup>, Siragusa C<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** Demostrar los beneficios del uso de guías quirúrgicas en la microcirugía apical.

**Presentación del caso:** Paciente de sexo femenino, 37 años, derivada por su odontólogo debido a la presencia de imágenes radiolúcidas relacionadas con las piezas 1.2 y 2.2, las cuales se encontraban rehabilitadas con coronas de porcelana. Ambas piezas presentan tratamientos endodónticos subobturados y deficientes. Se planeó abordar quirúrgicamente la lesión utilizando una guía quirúrgica. Se realizó un escaneo intraoral y una tomografía computarizada Cone Beam para la confección de la guía utilizando el software Blue Sky. Durante la microcirugía, se localizó y se efectuó el corte apical utilizando la guía quirúrgica. La regeneración fue realizada en la pieza 1.2 con el injerto autólogo, obtenido del corte apical ya que se pudo recuperar la tabla ósea vestibular y separarla de la lesión. En la pieza 22 la regeneración se realizó con injerto heterólogo. Los controles fueron a la semana, a los 15 días, a los 3 meses y a los 6 meses. A los 6 meses, se evidenció éxito en la evolución del tratamiento.

**Discusión:** El uso de guías quirúrgicas en microcirugías apicales mejora la precisión y planificación de los procedimientos. Sin embargo, es crucial recordar que cada caso clínico es único y requiere una evaluación individualizada. Es fundamental la actualización por parte del operador en la utilización de distintas técnicas con el advenimiento de nuevas tecnologías.

**Conclusión:** El empleo de guías quirúrgicas en microcirugías apicales representa un avance significativo en la odontología. El flujo de trabajo propuesto demuestra precisión en la planificación y el uso de la guía quirúrgica 3D. La utilización de guías quirúrgicas reduce el tiempo de trabajo, lo que lleva a un mayor confort del paciente, además de lograr exactitud en la zona de sección apical.

## **94. REABSORCIÓN DENTINARIA EXTERNA EN CANINO SUPERIOR IZQUIERDO.**

Malaver G<sup>1\*</sup>, Jiménez Calabrese P<sup>1</sup>, Buchholz T<sup>1</sup>, Robles C<sup>1</sup>, Ortellado M<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** Describir el tratamiento de una reabsorción dentinaria externa (RDE) presente en tercio cervical y medio radicular que afecta a nivel palatino de un canino superior izquierdo permanente.

**Presentación del caso clínico:** Paciente concurre a la Cátedra de Endodoncia de la FOUBA derivada para realizar la evaluación de la pieza dentaria 2.3. Al examen clínico se observa una corona sana sin pérdida de sustancia con un ligero cambio de coloración y sin respuesta pulpar. Radiográficamente la pieza 2.3 presentaba una imagen compatible con una pérdida de sustancia a nivel del tercio cervical y medio radicular por palatino, observándose continuidad del conducto y un ligero ensanchamiento periodontal a nivel apical. Durante la anamnesis el paciente refirió que se realizó tratamiento de ortodoncia (razón por la cual le extrajeron la pieza 2.4) hacía aproximadamente 5 años. Se realizó una tomografía de haz cónico con el fin de poder evaluar con más precisión la lesión y se determinó que se trataba de una reabsorción dentinaria externa. Se decidió como plan de tratamiento realizar una cirugía exploratoria de la RDE y posterior endodoncia. Se planificó la cirugía, se levantó colgajo mucoperióstico por palatino, se eliminó el tejido infectado que invadía la lesión, se limpió la cavidad y se reconstruyó con ionómero vítreo de fotocurado dicho defecto. Posteriormente se realizó el tratamiento endodóntico y el sellado coronario de la pieza en cuestión y se recitó para control.

**Conclusión:** Las reabsorciones dentinarias generalmente son asintomáticas, progresan lentamente y suelen ser hallazgos radiográficos. Realizar un correcto diagnóstico tanto clínico como por imágenes ayuda a determinar la extensión de la lesión y planificar el tratamiento adecuado de acuerdo a la situación, como sucedió en el presente caso clínico.

## **95. PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA ASOCIADA A CALCIFICACIÓN DEL CONDUCTO RADICULAR: RESOLUCIÓN MICROQUIRÚRGICA.**

Guillen Zambrano A<sup>1\*</sup>, Labarta AB<sup>1</sup>, Rodriguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA.

**Objetivo:** Concientizar al clínico sobre la importancia de realizar microcirugía apical cuando la pieza dentaria presenta periodontitis apical crónica de gran tamaño y se observa tomográficamente la calcificación del conducto radicular hasta el inicio del tercio apical del conducto, como consecuencia de un traumatismo antiguo.

**Reporte del caso:** Paciente femenina, 38 años, concurre a la consulta por presentar dolor al presionar el labio superior. Clínicamente se observó presencia de fístula en 1.1 y cambio de color en la corona del 2.1. No se obtuvo respuesta a prueba de sensibilidad pulpar en ambas piezas, pero si hubo respuesta positiva a la percusión vertical y a la palpación en 1.1. Radiográficamente se evidenció ausencia de cámara pulpar y calcificación del conducto radicular hasta el inicio del tercio apical en 1.1, e importante lesión periapical asociada a dicha pieza. La pieza 2.1 mostró ensanchamiento periodontal mayor a dos milímetros. Se realizó CBCT que reportó pérdida de tabla ósea vestibular en 1.1. Se hizo tratamiento endodóntico en 2.1 y apicectomía con retropreparación ultrasónica en 1.1. Se utilizó Bio C Repair (Angelus), para sellado apical. Se colocó relleno óseo (OstiunMax), membrana de colágeno (Amnios Corion) y tapón de fibrina. Se retiró la sutura a la semana. El control a 6 meses mostró favorable evolución.

**Conclusión:** La obliteración del conducto es frecuente en piezas que sufrieron lesiones traumáticas, autotrasplante, terapia de ortodoncia, fracturas de mandíbula y cirugía ortognática. Se caracteriza por la deposición de tejido duro dentro del conducto radicular y una decoloración amarillenta de la corona. El mecanismo de la obliteración está relacionado con el daño neurovascular que sufre la pulpa en el momento de la lesión. Las piezas con signos de calcificación pulpar por traumatismo deben considerarse como un foco potencial para la infección y el tratamiento endodóntico rige sobre esa base. La anatomía compleja de estas piezas representa un reto clínico para el odontólogo. Gracias a los avances tecnológicos, hoy se pueden realizar en este tipo de piezas, procedimientos quirúrgicos exitosos y muy poco cruentos para el paciente.

## **96. DE LA REGENERACIÓN ENDODÓNTICA A LA MICROCIURUGÍA APICAL: RESOLUCIÓN DE CASO CLÍNICO.**

Gonzalez DV<sup>1\*</sup>, Consoli Lizzi EP<sup>1</sup>, Chaintiou Piorno R<sup>1</sup>, De Lucca R<sup>2</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA. 2. Cátedra de Histología y Embriología FOUBA

**Objetivo:** Presentar la resolución de un caso clínico de un paciente con lesión periapical de evolución crónica en relación a la pieza 1.2, mediante técnica de microcirugía apical con control a 6 meses, en la cual previamente se había realizado una terapia de regeneración pulpar.

**Presentación del caso:** Luego de un análisis clínico radiográfico y tomográfico de la p.d. 1.2, se estableció el diagnóstico de tratamiento previamente iniciado, ápice incompletamente formado, y absceso apical crónico. En primera instancia se propuso la realización de una técnica de regeneración endodóntica, siguiendo el protocolo vigente. En los controles posteriores se vio radiográficamente y tomográficamente una imagen compatible con un puente calcificado, sin embargo, la lesión no remitió, y clínicamente a los 10 meses reapareció el trayecto sinusal. Al no haber logrado el éxito primario de la técnica de endodoncia regenerativa, se propuso reintervenir la pieza con una microcirugía apical. La técnica quirúrgica se llevó a cabo mediante el uso de magnificación con microscopio operativo, puntas de ultrasonido y biomateriales. Durante el acto quirúrgico se tomaron muestras, las cuales se estudiaron análisis patológico, histológico, y, además, se realizó una microtomografía al ápice seccionado. El paciente fue controlado a los 8 meses, mostrando signos de éxito clínico y radiográfico.

**Conclusión:** La técnica de microcirugía otorgó los medios al organismo para lograr una reparación periapical a mediano plazo. En este sentido, microcirugía apical fue una opción viable y efectiva para el tratamiento de un caso complejo que no mostró resultados favorables a la técnica de endodoncia regenerativa.

## 97. RESOLUCIÓN MICROQUIRÚRGICA DE UNA FISURA LONGITUDINAL EN INCISIVO CENTRAL SUPERIOR

Franchetti S<sup>1\*</sup>, Chihadeh S<sup>1</sup>, Begega G<sup>1</sup>, Labarta AB<sup>1</sup>, Rodriguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA.

**Objetivo:** Concientizar al clínico sobre la importancia de realizar microcirugía cuando se sospecha la existencia de una fisura longitudinal, en una pieza dentaria anterior, en la que ya han fallado dos tratamientos endodónticos previos.

**Reporte del caso:** Paciente masculino, 45 años, acude a la consulta en noviembre de 2023 por presentar dolor a la masticación en pieza 2.1. Relata que por el mismo motivo le realizaron el tratamiento endodóntico dos veces. Clínicamente presentó restauración periférica total cerámica, y fístula vestibular en fondo de surco. Radiográficamente se observó imagen radiolúcida difusa afectando porción apical y lateral de la raíz. Se evidenció tratamiento endodóntico con buena calidad de obturación y presencia de perno metálico. Se realizó CBCT que evidenció pérdida de la tabla ósea vestibular en la pieza 2.1. Se decidió realizar microcirugía. Se levantó colgajo mucoperióstico que mostró fenestración de la tabla vestibular. Durante el raspaje radicular para dejar la superficie limpia y lisa, se evidencio fisura longitudinal paralela al eje mayor del diente. Se profundizó la fisura con fresa redonda de carburo tungsteno H1 (Komet) y se la selló con cemento de resina autoadhesivo Relix X U200 (3M). Dados los antecedentes del caso, se realizó apicectomía con retropreparación ultrasónica, que se selló con material biocerámico de reparación (Bio C Repair, Angelus). Luego se reposiciona el colgajo y se realiza la sutura con hilo de nylon monofilamento 5-0. Se realizó control clínico, radiográfico y tomográfico a los seis meses (junio del 2024), donde el paciente no presentó sintomatología, y no se evidenció lesión radiográfica y tomográficamente evidente. La paciente continuará en seguimiento.

**Conclusión:** Los signos y síntomas del diente fisurado varían significativamente dependiendo de la progresión de la fisura. Es raro poder distinguir una fisura en una radiografía. Las fisuras mesio-distales nunca pueden ser vistas, y las vestibulo-linguales solo aparecerán si los segmentos están separados, o si la fisura se encuentra exactamente en el mismo ángulo del rayo central de la incidencia radiográfica. En el caso reportado, la fisura podría haber sido la causa del repetido fracaso de los tratamientos endodónticos realizados con anterioridad.

## **98. TRATAMIENTO ENDO-RESTAURADOR COMPLEMENTADO CON CIRUGÍA APICAL.**

Ciulli Ceccato VM<sup>1\*</sup>, Guimaraes Martins F<sup>1</sup>, Consoli Lizzi EP<sup>1</sup>, Lenarduzzi A<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** Describir el tratamiento quirúrgico endo-restaurador de un incisivo lateral y central superior derecho con absceso alveolar crónico, periodontitis apical y tratamiento endodóntico previo deficiente.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 50 años acude a la cátedra de endodoncia de FOUBA, derivada por su odontólogo por persistencia de fístula y sintomatología dolorosa luego de haberse realizado cirugía apical en incisivo lateral superior derecho con filtración marginal y endodoncia deficiente. Se realizó retratamiento de conducto en 1.2 y 1.1. Luego se realizó microcirugía apical y se rehabilitaron las piezas con prótesis fija.

**Discusión:** La realización del retratamiento endodóntico está indicada cuando en la endodoncia se evidencian falencias en la preparación y obturación o cuando son evidentes deficiencias en la calidad de la técnica y sintomatología persistente, microfiltraciones hacia el interior de la obturación y/o falta de sellado marginal, es decir conductos expuestos al medio oral.

**Conclusión:** La cirugía apical no debería ser la primera opción ante una endodoncia convencional que no ha sido exitosa. Si el fracaso endodóntico es como resultado de una incompleta preparación y/o obturación del sistema de conductos, o por falta de sellado, se puede pensar en realizar el retratamiento por medios no quirúrgicos, en primer lugar y luego realizar la microcirugía apical. Es indispensable la rehabilitación definitiva de las piezas tratadas para lograr el sellado definitivo y así, evitar la filtración.

## **99. RESOLUCIÓN DE PERIODONTITIS APICAL EN PRIMER MOLAR SUPERIOR EN RELACIÓN ÍNTIMA CON EL SENO MAXILAR.**

Brunengo A<sup>1\*</sup>, Alfie N<sup>1</sup>, Pirri K<sup>1</sup>, Siragusa C<sup>1</sup>, Vázquez C<sup>1</sup>..

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Objetivo:** Describir el protocolo Microquirúrgico para la resolución de periodontitis apical en primer molar superior.

**Presentación del caso:** Paciente Femenino de 27 años de edad concurre a la Cátedra de endodoncia de la FOUBA para la evaluación de la pieza 2.6 con diagnóstico de periodontitis apical a la que se le realizó el tratamiento endodóntico sin posibilidad de acceso a los conductos de la raíz mesiovestibular. Por este motivo se decidió realizar un abordaje microquirúrgico según el protocolo de la Cátedra de Endodoncia FOUBA. Luego de un estudio tomográfico se pudo observar la cercanía de la raíz palatina con el Seno Maxilar, siendo este un hallazgo relevante para la toma de decisión previa a la intervención.

**Conclusión:** las raíces palatinas de los molares superiores suelen presentar relación estrecha con el seno maxilar. Un estudio tomográfico previo es imprescindible para la planificación del abordaje microquirúrgico. Requiere de una planificación detallada para no lesionar estructuras anatómicas adyacentes.

## **100. FRACTURA DE INSERTO ULTRASÓNICO EN EL CONDUCTO DV DE UN MOLAR SUPERIOR.**

Dorrego JP<sup>1\*</sup>, Ríos A<sup>1</sup>, Gutiérrez M<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia B FO-UNC

**Introducción:** El uso de ultrasonido en endodoncia, en combinación con la magnificación, ha ganado popularidad en los últimos años, permite intervenir la cámara y los conductos radiculares de manera más segura y con menor desgaste del tejido dentinario. Sin embargo, este auge también ha puesto de relieve los riesgos asociados al uso de esta tecnología.

**Objetivo:** Mostrar un accidente operatorio asociado al uso de ultrasonido en Endodoncia, su posible solución y medidas de prevención.

**Presentación del caso:** paciente femenina de 43 años, acude a la consulta por dolor en pieza dentaria 27. Diagnóstico: reagudización de una periodontitis periapical infecciosa de larga data como consecuencia de un tratamiento endodóntico y rehabilitación coronaria defectuosos. Se decide realizar el retratamiento endodóntico. Se realiza diagnóstico, medicación y alivio completo de la oclusión en una primera sesión, en la segunda se realiza desanclaje de la corona y núcleo coronario y para mejorar el acceso al conducto DV, se utiliza el inserto ultrasónico E7D-Helse que accidentalmente se separa y queda atascado en el conducto. Para retirar el mismo se inicia con la restauración paraendodóntica para lograr un correcto aislamiento y mejor visualización y acceso al instrumento separado. Luego, se labra un camino paralelo con piedra troncocónica de contactos proximales y con un inserto ultrasónico no diamantado se trabaja vibrando sobre el instrumento atascado logrando su desalojo.

**Discusión:** La incorporación de tecnología durante nuestras maniobras clínicas deben ir acompañadas de una curva de aprendizaje previo en modelos. Este aprendizaje permite reducir el riesgo de cometer errores o accidentes endodónticos. Conocer e interpretar la anatomía de la zona, previo a tratar el tejido con ultrasonido, se vuelve crucial.

**Conclusión:** La combinación de ultrasonido y magnificación ha revolucionado el campo de la endodoncia, permitiendo a los odontólogos realizar desgastes controlados y precisos. Sin embargo, es fundamental calibrar cuidadosamente la potencia del equipo ultrasónico en función del inserto utilizado y las características del terreno a trabajar.

## **101. ESTRATEGIAS PARA EL RETIRO DE INSTRUMENTOS FRACTURADOS DENTRO DEL CONDUCTO RADICULAR**

Criscenti PG<sup>1</sup>, Blotta F<sup>1</sup>, Spoleti P<sup>1</sup>.

1. Carrera de Especialización en Endodoncia. FO-UNR

**Introducción:** La fractura de instrumentos de Níquel-Titanio (Ni-Ti) durante su uso clínico en la preparación de anatomías complejas es uno de los accidentes intraoperatorios más frecuentes.

**Objetivo:** presentar la resolución de un caso clínico en donde se produjo un accidente intraoperatorio con limas de Ni-Ti.

**Reporte del caso:** : Se presenta a la consulta una paciente que se le diagnostica necrosis pulpar y periodontitis apical asintomática en pieza dentaria 46. Durante el abordaje corono apical, se produce la fractura de un instrumento de Ni-ti (ProTaper SX, Dentsply Maillefer) que bloquea el conducto mesio vestibular. Luego de reiterados intentos de sobrepaso, con una punta de ultrasonido se efectuaron movimientos antihorarios sobre el instrumento fracturado hasta desbloquearlo del conducto radicular y proceder a su retiro. Luego se realizó conformación y limpieza con sistema mecanizado Protaper Universal Gold™ (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suiza) irrigando con hipoclorito de sodio al 2,5%; se obturó con técnica de cono único utilizando como agente sellador cemento de óxido de zinc eugenol según la fórmula de Grossman.

**Discusión y conclusión:** La fractura de instrumentos de Ni-Ti no supone per se un pronóstico desfavorable ni implica el fracaso del tratamiento, sino que representa un obstáculo para efectuar la conformación y limpieza del sistema de conductos radiculares. Cuando se fractura un instrumento endodóntico dentro del conducto, se deben tener en cuenta múltiples factores como la localización dentro del conducto, el calibre del instrumento para luego tomar una decisión: retirar, sobrepasar o dejar la porción fracturada dentro del conducto. Se deben emplear todas las estrategias disponibles para lograr los objetivos biológicos deseados, evitando accidentes intraoperatorios indeseados que puedan condicionar el pronóstico del tratamiento.

## **102. RESOLUCIÓN CLÍNICA DE LESIÓN PERIAPICAL DE VARIAS PIEZAS DENTARIAS. CASO CLÍNICO.**

Arias AC<sup>1\*</sup>, Alfie N<sup>1</sup>, Martínez P<sup>1</sup>, Rodríguez PA<sup>1</sup>, Siragusa C<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Introducción:** La microcirugía apical es un procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo en espacios reducidos de difícil acceso y visualización, para lo cual contamos con instrumental y equipamiento específico, entre los cuales la magnificación e iluminación ocupan un lugar primordial.

**Objetivo:** En el presente caso se describe la resolución clínica de una paciente que concurrió a la Cátedra de Endodoncia (FOUBA) con una tumefacción palatina en la zona relacionada con las piezas dentarias 1.3, 1.2 y 1.1

**Reporte del caso:** Se realizó el diagnóstico clínico y radiográfico. Radiográficamente se observa una gran radiolucidez ápico periapical relacionada a dichas piezas dentarias. La pieza dentaria 1.2 presentaba un tratamiento de conducto, con su perno y corona definitiva bien adaptada realizada recientemente. La pieza dentaria 1.1 presentaba una corona mal adaptada con un poste radicular y la pieza 1.3 presentaba un diagnóstico de necrosis pulpar. Se le realizó el diagnóstico por imágenes con radiografías periapicales y tomografía computada ConeBeam. Se trató las piezas dentarias 1.3 y 1.1 para posteriormente poder realizar la microcirugía apical de las piezas 1.1, 1.2 y 1.3.

**Resultados:** Hasta la actualidad la paciente se encuentra sin signos ni síntomas post tratamiento, realizándose controles tanto a corto como a largo plazo. Conclusión: la microcirugía apical es un tratamiento con alto índice de éxito por lo tanto consideramos que en este caso clínico tanto el sellado coronario, el sellado de los conductos radiculares y la microcirugía apical fue muy importante para favorecer la regeneración o reparación de los tejidos apicoperiapicales de las piezas dentarias involucradas.

## PRESENTACIONES EN PÓSTER ELECTRÓNICO

### 103. TRATAMIENTO DE FRACTURA RADICULAR INTRAALVEOLAR HORIZONTAL EN TERCIO MEDIO CON LUXACIÓN EXTRUSIVA. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Tudor CI<sup>1\*</sup>, Bustos MJ<sup>1</sup>, Meji DA<sup>1</sup>, Peralta YS<sup>1</sup>, Santángelo GV<sup>1</sup>

1. Cátedra de Endodoncia B. FO-UNLP

**Objetivo:** Conservación a largo plazo de las piezas dentarias traumatizadas para poder mantener la función y salud bucal.

**Presentación del caso:** Paciente de 17 años de edad con fracturas radiculares intraalveolares horizontales en el tercio medio y luxación extrusiva de las piezas 11 y 21, reposicionadas y ferulizadas en un consultorio particular a las pocas horas. Continúa su tratamiento 3 meses después en la FOLP, Asignatura Endodoncia B, donde asiste con dos tractos sinusales a nivel de las lesiones, comprobándose la desvitalización de las piezas dentarias, se realizan los accesos, desinfección de los conductos radiculares, activándose el irrigante con lima XP Endofinisher (FKG) y colocación de pasta alcalina durante 15 días. A las 2 semanas fue removida la pasta alcalina y finalizados los tratamientos de conductos radiculares, colocando un biocerámico como material obturador (Biodentine, Septodont). En este mismo acto, también fue retirada la férula. Se realizó sellado coronario con composite (3MTM Filtek<sup>TM</sup> Z250 XT). Se realizan los controles a distancia observando signos de curación (barrera de tejido duro en el fragmento coronal).

**Discusión:** Según Andreasen et al., el reposicionamiento óptimo parece favorecer la curación tanto en las fracturas como en las luxaciones extrusivas. Heydaria et col, sugieren que el diagnóstico temprano de necrosis pulpar y su tratamiento oportuno, son de suma importancia para evitar reabsorciones radiculares que ponen en riesgo la supervivencia de las piezas dentarias.

**Conclusión:** La curación de una fractura radicular es por naturaleza un proceso complicado, pero el abordaje inmediato del tratamiento, el reposicionamiento de las fracturas radiculares con dislocación del fragmento coronal, la ferulización, y el tratamiento oportuno y adecuado, ayudó en este caso a lograr una cicatrización perirradicular y formación de una barrera de tejido duro en el fragmento coronal a los dos años.

## **104. MANEJO ENDODÓNTICO DE UN INCISIVO CENTRAL SUPERIOR CON REABSORCIÓN RADICULAR APICAL POST LUXACIÓN EXTRUSIVA: REPORTE DE CASO.**

Campos Valdés C<sup>1\*</sup>, Astorga Ríos C<sup>1</sup>, Alcántara Dufeu R,<sup>1</sup> Sánchez Sanhueva G<sup>1</sup>.  
1. Cátedra de Endodoncia. Facultad de Odontología. Universidad de Concepción.

**Objetivo:** Reportar tratamiento y seguimiento de un caso clínico de reabsorción radicular apical externa inflamatoria, como secuela de traumatismo dentoalveolar (TDA).

**Presentación del caso:** Materiales y técnicas: Paciente masculino, 20 años, en tratamiento de ortodoncia, derivado a la Especialidad de Endodoncia de la U de C, por una luxación extrusiva provocada por un golpe practicando fútbol, hace 6 meses. Al examen clínico, refiere dolor al test de frío y percusión. Se establece diagnóstico de Necrosis Pulpar, Periodontitis Apical Asintomática con reabsorción apical externa. Se planificó un tope de Biodentine (Septodont). Bajo aislamiento absoluto en bloque se realiza acceso, seguido de la preparación químico mecánica y medicación intraconducto. Dos semanas después se realiza un tope apical con Biodentine (Septodont) y se obtura. Control radiográfico inmediato, al mes, 3 meses y 6 meses.

**Discusión:** La reabsorción inflamatoria externa tiene un fuerte componente bacteriano, que puede llevar a una rápida progresión, hasta provocar una perforación radicular. La podemos encontrar después de un TDA, luxación o avulsión. Según Souza et al., este tipo de reabsorción tendría una incidencia del 23,2% después de una avulsión. En casos de intrusión, la RIE se produjo en el 38% de los dientes y rara vez se observa en TDA leves. El uso de biocerámicos como barrera apical, promueve la formación de tejido duro en el ápice de dientes inmaduros o con lesiones apicales. Biodentine (Septodont), cemento bioactivo, es una opción útil debido a sus propiedades, la resistencia a la compresión, módulo de elasticidad y microdureza son comparables a las de la dentina, y actúa como sustituto dentinario. Junto con esta técnica, se menciona la revitalización como posibilidad de tratamiento para conducir a la formación de nuevos tejidos y curación de los tejidos dañados dentro del conducto radicular, posibilitando la aposición de tejido mineralizado, fortaleciendo la raíz propensa a fracturas.

**Conclusión:** Existen diferentes formas en que la reabsorción externa se puede presentar y es fundamental que el especialista tenga conocimiento de ellas para poder reconocerlas, diagnosticarlas y tratarlas adecuadamente. Para lograr esto se debe comprender su patogénesis, etiología e histopatología y conocer los tejidos que se ven involucrados con la reabsorción externa.

## **105. FRACTURA EN TERCIO MEDIO RADICULAR. DOS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO.**

Peralta YS<sup>1\*</sup>, Caffaro L<sup>1</sup>, Santangelo GV<sup>1</sup>, Tudor CI<sup>1</sup>, Valeria JN<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia B. FO-UNLP

**Objetivo:** Preservar las piezas dentarias traumatizadas mediante el tratamiento adecuado para cada caso. Prevenir complicaciones futuras y minimizar los daños

**Presentación del caso:** Paciente de 20 años concurre a la Asignatura Endodoncia B con fracturas coronarias en piezas 11 y 21 luego de 5 meses de sufrir un traumatismo. Presenta vitalidad positiva en 11 y necrosis pulpar en 21. Radiográficamente se observa ensanchamiento periodontal y fractura radicular horizontal del tercio apical en ambas piezas dentarias. Pieza 11 control de vitalidad. Pieza 21 acceso y rectificación. Limpieza, desinfección y activación del irrigante (NaClO 5,25%) con lima XP Endo-Finisher (FKG), solución, EDTA 18%, solución, secado con conos de papel (Meta Biomed) acopio de pasta alcalina durante 15 días, Remoción de la pasta con XP Endo finisher con NaClO 5,25%, solución fisiológica, edta 18% (Dickinson). Secado con conos de papel calibre 40 (Meta Biomed) y obturación con sellador biocerámico BIODENTINE (Septodont). Sellado coronario con composite A3E (3M Filtek Z350 XT).

**Discusión:** Según Cvek et al., las fracturas horizontales tienen un 78% de curación. Andreasen y Hjørting validan las cicatrizaciones/consolidaciones entre los fragmentos con interposición de: tejido duro (a); tejido PDL (b); de hueso y PDL (c). Andreasen y Caliskan sugieren que la reparación puede surgir de forma espontánea sin necesidad de ferulización

**Conclusión:** Los protocolos de trabajo bien ordenados y un tratamiento oportuno de la necrosis pulpar son fundamentales para los dientes traumatizados. Se logró una cicatrización perirradicular con formación de tejido duro en el fragmento coronal (a) y un redondeo en el borde de la fractura de la pieza 21, y curación mediante la interposición del PDL (b) en pieza 11 conservando su vitalidad. El control a distancia es fundamental para piezas dentarias traumatizadas. Será necesario hacer controles precisos durante al menos 10 años para evaluar la vitalidad y si fuese necesario realizar la intervención endodóntica en la pieza 11.

## **106. APEXOGÉNESIS EN DIENTES PERMANENTES JÓVENES INDUCIDA POR BIODENTINE**

Calas G<sup>1\*</sup>, Zampa C<sup>1</sup>, Sakalian C<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia A. FO-UNC.

**Objetivo:** Inducir la maduración del conducto radicular en dientes permanentes jóvenes.

**Presentación del caso:** Materiales y técnicas: Paciente de sexo femenino de 12 años, caucásica, se presentó con una lesión de caries penetrante en el diente 2.1. En los test térmicos, el diente de estudio mostró una respuesta positiva tanto al frío como al calor. Según la clasificación de la Asociación Americana de Endodoncia, el diagnóstico pulpar fue hiperemia pulpar con periápice normal. El tratamiento indicado fue una pulpotomía, realizada con técnicas de bioseguridad y aislamiento operatorio absoluto, utilizando un microscopio operatorio con magnificación de 2,5 a 12,5 X. Para acceder a la cámara pulpar, se empleó una fresa esférica diamantada 1013, seguida de una fresa troncocónica diamantada 3082, y se rectificaron las paredes dentinarias con una punta ultrasónica troncocónica diamantada (E7D Helse) Una vez expuesta la pulpa cameral, se procedió a la pulpotomía y a la colocación de Biodentine. La cámara pulpar se selló con ionómero de vidrio fotopolimerizable. Cinco meses después, la paciente regresó y en la radiografía de control no se observaron señales ni síntomas de patología; el diente presentaba función fisiológica y normalidad del periápice.

**Discusión:** La dentina y la pulpa dental, originadas en la papila dental, forman una verdadera unidad conocida como complejo dentinopulpar, tanto estructural como funcionalmente. Las células madre, al no estar especializadas, tienen el potencial de diferenciarse en cualquier tipo celular específico. Los biomateriales están indicados para guiar el destino y la función de estas células, induciendo la maduración dental en edades tempranas debido a su biocompatibilidad, estabilidad en ambientes biológicos, ausencia de contracción de fraguado y resistencia a la reabsorción. Además, presentan un pH muy alcalino (12,8), lo que confiere una elevada actividad antibacteriana. Por estas razones, Biodentine es el biomaterial de elección para inducir la maduración radicular en dientes permanentes jóvenes.

**Conclusión:** La incidencia de caries y traumatismos suele ocurrir a edades tempranas, cuando los ápices dentarios aún están inmaduros. Es imperativo preservar la integridad y vitalidad pulpar para que la pulpa continúe con su desarrollo genético.

## **107. PIEZA DENTARIA JOVEN CON PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA SUPURATIVA Y APICIFORMACIÓN INCOMPLETA**

Blajeau C<sup>1\*</sup>, Mainetti J<sup>1</sup>, Santangelo G<sup>1</sup>, Troilo L<sup>1</sup>, Weisburd ME<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia B. FO-UNLP

**Objetivo:** Alcanzar la curación periapical mediante un tratamiento endodóntico adecuado, logrando la osteoformación y desaparición de signos y síntomas de patología.

**Presentación del caso:** Paciente joven con periodontitis apical crónica supurativa, apicoformación incompleta e hipomineralización incisivo-molar (HIM) concurre a la consulta con el acceso endodóntico y medicación intraconducto, realizada en una guardia odontológica hospitalaria. Se realizó radiografía preoperatoria y una CBCT donde se visualiza el cierre incompleto apical, delgado espesor de paredes dentinarias y la zona radiolúcida circunscrita a ambas raíces. Se procedió a realizar anestesia, aislamiento, irrigación con NaOCl 5 % activado con lima XP Endo-Finisher (FKG), se colocó pasta de Frank para aumentar la sustentividad del hidróxido de calcio. En una segunda sesión a los 30 días se terminó el tratamiento utilizando el sistema rotatorio ProTaper Gold (Densply, Sirona). Se obturó con sellador biocerámico (Biodentine, Septodont)), como material principal y cono único de gutapercha 30 / 0.4 como auxiliar en cada conducto radicular. Se realizó la restauración inmediata con composite de fotocurado (3M Z350).

**Resultados:** En base a los controles mediatos clínicos y radiográficos se observa el buen resultado del tratamiento, ya que la paciente mantiene su pieza dentaria en boca sin signos ni síntomas de patología.

**Conclusión:** Cuando se tratan pacientes con HIM la primera consideración clínica es si se debe restaurar o extraer el diente. Se deben evaluar múltiples factores y realizar una pronta interconsulta con un especialista en ortodoncia para evaluar el riesgo de desarrollar una maloclusión. Cuando el diente sea restaurable y el niño lo suficientemente cooperativo se debe priorizar el mantener la pieza dentaria en boca, siguiendo un enfoque conservador. Numerosos trabajos avalan esta opción de tratamiento debido al desarrollo de nuevos materiales restauradores que permiten un pronóstico a largo plazo mucho más favorable que años atrás, y las tasas de éxito hoy llegan al 97 %.

## 108. ¿RETRATAMIENTO LUEGO DE UNA APICECTOMÍA?

Strappa Y<sup>1\*</sup>, Spoletti P<sup>1</sup>, Blotta F<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia FO-UNR.

**Objetivo:** Reportar una alternativa terapéutica para un paciente que recibió retratamiento endodóntico y apicectomía (sin obturación retrógrada), en un incisivo central superior derecho, sin lograr salud apical.

**Presentación del caso:** Paciente concurre a la consulta relatando que presentaba un “granito con pus” de forma reiterada y que ya le habían realizado hace un tiempo un retratamiento endodóntico, y una apicectomía y que aun así continuaba con la fístula. Al examen clínico presenta, en vestibular, una cicatriz por encima de la pieza 1.1 que se encuentra rehabilitada con una corona de porcelana sobre metal, observamos además una fístula intraoral; radiográficamente presenta un perno muñón de apariencia colado, el ápice radicular seccionado y ausencia de obturación retrógrada, hay también una lesión radiolúcida periapical. Se arriba al diagnóstico de pieza endodónticamente tratada y absceso apical crónico. Se propone a la paciente retirar la prótesis fija y retratar la pieza dentaria por vía ortógrada. Se realizó una obturación intermedia con hidróxido de calcio y si bien no se pudo lograr un tope apical, dado el calibre del conducto radicular, se decidió individualizar un cono de gutapercha número 80 para realizar la obturación con cemento según la fórmula de Grossman, y se colocó un poste intraconducto con una corona provisoria. Se realizan controles a distancia durante 7 años (durante este tiempo la paciente recibió tratamiento ortodóntico), manteniendo salud periapical.

**Discusión:** La apicectomía no tiene como objetivo la eliminación de los microorganismos intraconducto sino confinarlos en el interior del conducto radicular por lo que la obturación retrógrada es una condición indispensable, la resección apical de la raíz no aporta ninguna condición que posibilite la reparación periapical sino que aumentará el acceso de los irritantes al periápice.

**Conclusión:** El resultado de un retratamiento ortógrado después de una apicectomía depende de la posibilidad de confinar la obturación dentro del conducto radicular. Una vez alcanzado este objetivo la obturación endodóntica garantiza el control de los microorganismos intraconducto y devuelve las condiciones necesarias para recuperar la salud periapical.

## **109. TRATAMIENTO EN UNA SESIÓN Y CONTROL A DISTANCIA DE LA PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.**

Parrachini JI<sup>1\*</sup>, Kohan M<sup>1</sup>, Bavaro S<sup>1</sup>, Santangelo G<sup>1</sup>, Gómez JI<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia B. FO-UNLP.

**Introducción:** Se realizó tratamiento de conducto en una sesión en piezas 11 y 12 con diagnóstico de necrosis pulpar. Al análisis clínico, se observó fístula y radiográficamente imagen radiolúcida que abarcaba ambas piezas dentarias. En el control a distancia clínico y radiográfico se observan signos de reparación.

**Objetivo:** Proporcionar un medio óptimo para la curación mediante la limpieza, desinfección, conformación y obturación de los conductos radiculares.

**Presentación del caso:** Test de vitalidad al calor y al frío (Endo Ice) negativos (-). Percusión vertical positiva (+) de PD 11 y 12. Permeabilidad con lima tipo K 10 (Dentsply, Maillefer). Instrumentación quirúrgica manual con limas Maillefer tipo K (40-60). Irrigación con hipoclorito de sodio al 5,25% y EDTA. Activación de la misma con punta ultrasónica Woodpecker E5T. Obturación con técnica de compactación lateral, sellador endodóntico a base de resina (AH Plus). Reconstrucción definitiva con resina.

**Discusión:** Una cuestión controversial en endodoncia es si el tratamiento de la periodontitis apical crónica se realiza en una sesión o en varias con medicación intermedia, siendo el hidróxido de calcio la más utilizada. Ciertos estudios demuestran una tasa del 10% al 20% de éxito mayor que el tratamiento en una visita. Sin embargo, otros estudios no mostraron conclusiones precisas sobre la superioridad de un método sobre el otro. Un argumento a favor del tratamiento en una sola sesión es que existen ciertos procedimientos que pueden acelerar la eliminación bacteriana en el sistema de conductos, y optimizar la desinfección en una sola visita.

**Conclusión:** Si bien, a simple vista se trató de un protocolo de baja complejidad, y de rutina dentro de la Asignatura Endodoncia B, está demostrado en la literatura que si no se llega a reducir la carga bacteriana a niveles compatibles con curación, muchos casos de aparente resolución simple han mostrado persistencia a la enfermedad. Luego del tratamiento de la periodontitis apical crónica, se hace hincapié en la importancia de los controles anuales postoperatorios para evaluar la curación de la lesión.

## **110. TRATAMIENTO ENDODÓNTICO DE ABSCESO ALVEOLAR AGUDO POST TRAUMATISMO.**

Gándara ML<sup>1</sup>, Yunes M<sup>1</sup>, Berrios Orozco F<sup>1</sup>, Casas Mendieta JA<sup>1</sup>, Santangelo G<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia B. FO-UNLP.

**Objetivo:** Mostrar la resolución de absceso alveolar agudo post traumatismo tardío mediante la terapia endodóntica.

**Presentación del caso:** se trata de un paciente de 15 años que consulta por tumefacción en región nasogeniana derecha de 24 hs de evolución, derivado a la Asignatura Endodoncia B FOLP. con diagnóstico de absceso alveolar agudo. Durante la anamnesis relata traumatismo en la pieza 1.1 por impacto directo tras caída 5 años atrás, sin atención ni controles posteriores, ni evidencia sintomatológica durante el lapso de tiempo transcurrido. Se realizó examen clínico, evaluación periodontal, vitalidad pulpar, RX y CBT. Con diagnóstico presuntivo de absceso alveolar agudo provocado por concusión y subluxación leve, se procede a realizar terapia endodóntica en dos sesiones con colocación de pasta alcalina por 15 días. Instrumentación quirúrgica con sistema reciprocante R 25 Reciproc Blue (VDW®), desinfección con hipoclorito de Na al 5% activado con lima XP-endo Finisher (FKG®), obturación con técnica híbrida de tagger utilizando Gutta Condensor 050 (Maillefer®) más sellador endodóntico biocerámico AH Plus (Dentsply Sirona®) y restauración directa definitiva con resina compuesta (3M Z350) pasados los 7 días. Se realizó el primer control a los 3 meses observando ausencia de sintomatología clínica.

**Discusión:** El absceso alveolar agudo no es la complicación más frecuente en la subluxación dental, siendo la necrosis pulpar la más frecuente. Si la misma no es identificada y tratada adecuada y oportunamente favorece a la aparición de abscesos o reabsorción dentinaria pudiendo ocasionar pérdida del órgano dental.

**Conclusión:** La terapia endodóntica en 2 sesiones con colocación de pasta alcalina resultó efectiva para la resolución clínica del absceso alveolar agudo post traumatismo tardío. Numerosos trabajos de investigación reportan que la mayor tasa de complicaciones en los traumatismos dentarios se debe a una terapéutica inadecuada o al retraso en la consulta, siendo este último un elemento decisivo sobre el pronóstico de la pieza dentaria.

## **111. MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE LESIÓN APICAL PERSISTENTE CON COMPROMISO DE TABLA PALATINA TRATADO CON DESCOMPRESIÓN QUIÍSTICA: SEGUIMIENTO DE 8 MESES.**

Fuentes Quezada M<sup>1\*</sup>, Cea Henríquez I<sup>1</sup>, Alcántara Dufeu R<sup>1</sup>, Sánchez Sanhueza G<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. Facultad de Odontología, Universidad de Concepción.

**Objetivo:** Reportar el proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un caso clínico de lesión apical persistente.

**Presentación del caso:** Paciente masculino, 38 años, sin antecedentes médicos de relevancia, derivado hace 8 meses a la Especialidad de Endodoncia, Universidad de Concepción, con indicación de cirugía apical de la pieza 2.2. En el 2020 se le realizó un tratamiento de endodoncia, pero dos años después continuó con aumento de volumen palatino. Se le solicitó CBCT, donde se aprecia lesión apical de gran tamaño con compromiso de tabla palatina. Se intervino multidisciplinariamente, con cirujano maxilofacial para realizar descompresión quirúrgica y biopsia incisional de la pared quística con posicionamiento de cánula. La biopsia arrojó compatibilidad con granuloma apical. Se realizó control al mes y 3 meses, clínicamente se observó disminución del aumento de volumen y, radiográficamente, no hubo diferencias. A los 6 meses presentó ausencia de signos y síntomas, la radiografía de control mostró signos de cicatrización. Se solicitó CBCT, el que fue realizado a los 8 meses. Este reveló una leve disminución del tamaño de la lesión, por lo que se decide llevar a cabo un retratamiento no quirúrgico, debido a falta de sellado hermético del tercio apical, retirar la cánula y evaluar una eventual cirugía apical a mediano o largo plazo.

**Discusión:** En casos de lesiones periapicales grandes y persistentes, la descompresión puede llevarse a cabo antes o en lugar de la cirugía apical, facilitando su curación tras el tratamiento de conducto. Por otro lado, el retratamiento persigue el mismo objetivo que el tratamiento endodóntico primario, es decir, la completa erradicación de los microorganismos y sellado hermético con materiales biocompatibles, creando un ambiente favorable para la curación de los tejidos periapicales, previniendo así la reinfección con tasas de éxito que alcanzan un 89 %.

**Conclusión:** En casos de lesiones apicales persistentes, es esencial combinar varias estrategias de intervención para crear un microambiente curativo y obtener resultados óptimos. El manejo integral y el seguimiento detallado han demostrado ser cruciales para la evolución favorable de la lesión, resaltando la importancia del control y la intervención multidisciplinaria en endodoncia compleja.

## 112. MANEJO ENDODÓNTICO DE ACTINOMICOSIS APICAL.

Fernández Toledo M<sup>\*</sup>, Cea Henríquez I<sup>1</sup>, Alcántara Dufeu R<sup>1</sup>, Sánchez Sanhueza G<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. Facultad de Odontología, Universidad de Concepción.

**Objetivo:** Describir herramientas para el diagnóstico y tratamiento de actinomicosis apical.

**Presentación del caso:** Paciente femenino, 25 años, se realiza tratamiento endodóntico en diente 4.6 en 2019, sin rehabilitación definitiva. Consulta en 2023 en Facultad de Odontología U de C, ya que presenta un aumento de volumen asociado a pieza 4.6. Es derivada al Departamento de Patología Oral de la Facultad, se toma biopsia de la zona para estudio histológico y se deriva a Endodoncia para el retratamiento. Resultado de biopsia informa que la lesión interradicular está asociada a cuadro de actinomicosis, que histológicamente correspondía a fenómeno de Splendore-Hoepli, una reacción inflamatoria rica en eosinófilos, histiocitos, células epitelioides y células gigantes. Al examen clínico manifestó dolor a la percusión y palpación de tejidos blandos. Diagnóstico de diente previamente tratado y periodontitis apical sintomática, asociada a gran lesión interradicular. Se solicita CBCT, se observa que la lesión involucra raíces de 4.6 y 4.5. Durante el retratamiento se desobturación los conductos, seguido de la preparación químico mecánica y obturación radicular con cemento BioRoot Flow RCS. Se realizan controles a los 7 días, 1 mes, 3 meses y 1 año. Paciente sin signos ni síntomas, radiográficamente se observa una reparación ósea de la lesión.

**Discusión:** La actinomicosis es una enfermedad infecciosa crónica causada por bacterias Grampositivas anaerobias obligatorias o facultativa. Es poco común y con diversas presentaciones clínicas, como abscesos, fístulas y fibrosis, afectando tejidos blandos y duros. Es indistinguible clínica y radiológicamente de la periodontitis apical. El diagnóstico se logra con biopsia y examen histopatológico. Presenta patrones histológicos descritos como fenómeno Splendore-Hoepli. Este fenómeno se caracteriza por microorganismos (hongos, bacterias y parásitos) o sustancias biológicamente inertes, rodeadas de material eosinófilo que la irradia. Este material eosinófilo se debe al depósito de complejos antígeno-anticuerpo y desechos de células inflamatorias. Su manejo es el tratamiento endodóntico para eliminar la infección intraconducto.

**Conclusión:** La actinomicosis es una patología poco común y subdiagnosticada, al tener diferentes presentaciones clínicas. La toma de muestras y el estudio histopatológico es el único método para llegar a un diagnóstico definitivo. Para comprender el rol de Actinomicosis en las infecciones apicales persistentes, se recomienda tomar muestras en intervenciones quirúrgicas para su análisis histopatológico.

### **113. PUNTA CLEARSONIC: UNA ALTERNATIVA PARA LA CONFORMACIÓN DE CONDUCTOS RADICULARES OVALADOS**

Martínez Masier N<sup>1\*</sup>, Moyano T<sup>1</sup>, Alberdi J<sup>1</sup>, Martín G<sup>1</sup>,  
1. Carrera de Especialización en Endodoncia. FO-UCC.

**Introducción:** La punta ultrasónica Clearsonic Black, (Helse Ultrasonic Brasil) es un instrumento con diseño de punta de flecha de 0,5 mm de diámetro y un recubrimiento superficial especial. El objetivo de este caso clínico es presentar una alternativa para mejorar la conformación de conductos ovalados utilizando la punta ultrasónica Clearsonic.

**Presentación del caso:** Una paciente femenina de 62 años, se presentó a la consulta para realizar un tratamiento endodóntico en primer premolar inferior, con un diagnóstico de periodontitis apical asintomática. Luego de realizar aislamiento absoluto y tallado de la cavidad de acceso con una piedra diamantada troncocónica, se realizó el cateterismo del conducto con lima manual tipo K #10. Posteriormente, se introdujo en el conducto, de manera inactiva, la punta de ultrasonido Clearsonic para tomar una radiografía, donde se observó que la misma llegaba hasta el tercio medio. Se prepararon los tercios coronario y medio del conducto con la punta Clearsonic, realizando 4 ciclos de 15 segundos, con movimientos vestibulo lingual. Se tomó la longitud de trabajo con una lima manual #15 corroborando con localizador apical y radiografía. El tercio apical del conducto fue instrumentado con lima Wave One Gold Large (Dentsply Sirona), utilizada con movimientos de picoteo hasta alcanzar la longitud de trabajo. Se irrigó con hipoclorito de sodio al 2,5% entre cada una de las entradas de la punta ultrasónica y a cada cambio de instrumento. Luego de secar el conducto, se obturó con cono de gutapercha calibre 40/.04 y sellador resinoso AdSeal (Meta Biomed), con técnica de compactación lateral. **Discusión:** Trabajos de investigación realizados recientemente han demostrado la efectividad de la utilización de las puntas ultrasónicas, Clearsonic y Flatsonic, en la limpieza y conformación de los conductos radiculares; demostrando un incremento en el porcentaje de superficie instrumentada, sumado al beneficio del efecto físico del ultrasonido al activar el irrigante.

**Conclusión:** El uso de la punta de ultrasonido Clearsonic en tercios coronario y medio del conducto y el sistema Wave One Gold en tercio apical, junto con la irrigación, resultaron adecuados para la preparación quirúrgica de un premolar inferior con conducto ovalado.

## **114. APICOFORMACIÓN CON HIDRÓXIDO DE CALCIO EN ELEMENTOS PERMANENTES JÓVENES.**

Giménez Evjanian M<sup>1\*</sup>, Evjanian G<sup>1</sup>, Carletto Korber F<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Odontopediatría. FO-UNC

**Objetivo:** Evaluar clínica y radiográficamente las respuestas reparativas de los tejidos ápico-periapicales en dientes que fueron sometidos a tratamientos de apicoformación.

Presentación del caso: Caso clínico etapas de tratamiento: Paciente de 11 años concurre a la consulta para la reconstrucción de elemento 11. En T0 se realizó la Historia Clínica, al examen clínico-odontológico: se observan el EDn°11 con fractura adamantina del ángulo mesial, sin cambio de coloración y sin dolor a la percusión, y el EDn°21 íntegro, el test de vitalidad de ambos elementos fue negativo. Al examen radiográfico: se observa una zona radiolúcida apical y formación radicular incompleta de los incisivos centrales superiores. Se diagnosticó necrosis pulpar de ambos elementos dentarios. Tratamiento de apicoformación: anestesia, aislamiento absoluto, acceso a cámara pulpar con fresas redondas estériles, preparación de los 2/3 coronarios de los conductos con limas Hedström, conductometría con limas tipo K, irrigación y antisepsia con hipoclorito de sodio al 2,5%, secado con sondas emboladas, obturación de los conductos con hidróxido de calcio vehiculizado con polietilenglicol, control radiográfico y sellado de la cavidad con Cavit y CIV, control clínico a las 48 hs. En T1, T2, T3 y T4 se realizaron los controles clínicos, radiográficos y recambio de la pasta a los 45, 60, 90 días respectivamente y a los 120 días (T4), obturación definitiva de ambos conductos.

**Resultado:** En T1 se realizó recambio de pasta alcalina. En T2 se observó radiográficamente una disminución de lesión y comienzo del cierre apical. En T3 continuó la disminución de la lesión radiolúcida y el cierre apical. En T4, radiográficamente se observa ausencia de lesión y cierre apical, se procedió a obturar definitivamente ambos conductos.

**Conclusión:** De acuerdo con nuestros resultados, la utilización del Hidróxido de Calcio resultó una buena alternativa de tratamiento para la formación del cierre radicular en dientes con pulpa necrótica.

## **115. RESOLUCIÓN TERAPÉUTICA DE UN CASO CLÍNICO DE REABSORCIÓN CERVICAL INVASIVA.**

Gaborov Milich C<sup>1\*</sup>, Cáceres MA<sup>1</sup>, Espinola CA<sup>1</sup>, García BGD<sup>1</sup>, Rios Collins LA<sup>1</sup>.

1.Hospital Odontológico de Complejidad Integrada - Formosa

**Presentación del caso:** Paciente femenina de 28 años de edad acude al servicio de endodoncia del Hospital Odontológico de complejidad Integrada (Formosa) por la pieza dentaria 45. Se evaluó clínica y radiográficamente, presentando como diagnóstico necrosis pulpar y absceso apical crónico con presencia de tracto sinusal intraoral. En el examen clínico se observa una reabsorción cervical invasiva en la cara lingual del premolar, por encima del margen gingival que continuaba debajo de éste. Se decidió realizar tratamiento endodóntico convencional en una sesión con sistema ProTaper Gold (Dentsply Maillefer) y obturando con conos de gutapercha (F2) y AdSeal (Meta), luego se selló la porción supragingival de la reabsorción con un material biocerámico (Biodentine – Septodont). Al cabo de seis meses en el servicio de Periodoncia se abordó quirúrgicamente la porción infragingival de la reabsorción, con un colgajo para sellar completamente con el mismo material biocerámico, que se cubrió (una vez endurecido) con Ionómero Vítreo (Gold Label). Luego de un mes, la paciente se presenta asintomática y sin signos clínicos ni radiográficos de inflamación; la parte expuesta a la cavidad bucal del ionómero vítreo se selló (realizando un pequeño desgaste) con material definitivo (resina compuesta 3M).

**Discusión:** en la literatura el abordaje terapéutico integral (endo-periodontal) de las reabsorciones cervicales extensas presenta un mejor pronóstico que aquellas que no han sido tratadas de manera multidisciplinaria como en este caso particular. De ahí parte la importancia de tratar de esta forma aquellas afecciones que son más complejas, partiendo siempre de un correcto diagnóstico.

**Conclusión:** La reabsorción cervical invasiva es una patología poco común y aún se desconoce su etiología exacta, en este caso se identificaron posibles factores desencadenantes como ser periodontitis y movimientos ortodónticos. Ante estas patologías el diagnóstico precoz es fundamental para lograr tratamientos exitosos con continuo seguimiento clínico y radiográfico. La utilización de materiales biocerámicos, por sus propiedades bioactivas, permite tratar estas lesiones logrando resultados favorables.

## 116. DILACERACIÓN RADICULAR: DOBLE CURVATURA PELIGROSA

Cejas Ruiz CE<sup>1\*</sup>, Villaroel K<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia A. FO-UNC.

**Introducción:** Las curvaturas radiculares excesivas reciben el nombre de dilaceraciones. Se producen por la distorsión que ocurre en la raíz durante el desarrollo dentario, el cual se manifiesta alterando la normal relación axial entre la corona y la raíz dentaria. El reconocimiento y diagnóstico de esta alteración es importante sobre todo en los tratamientos endodónticos. La dilaceración puede ser en dirección mesial, distal, vestibular o palatino/lingual, formando un ángulo de amplitud variable con el eje longitudinal de la pieza dentaria.

**Objetivo:** Mostrar al odontólogo general, la dificultad que se genera en el tratamiento endodóntico, cuando la pieza presenta una dilaceración radicular.

**Presentación del caso:** Paciente masculino, 25 años, concurre a la consulta por dolor a los cambios térmicos en la pieza 1.2. Se realizan las pruebas de sensibilidad pulpar a las que responde de manera exacerbada, no hay respuesta a la percusión vertical, como tampoco a la palpación de fondo de surco una pulpitis. Al examen radiográfico se observa la presencia de una doble curvatura, originada por una dilaceración radicular. Preparación quirúrgica: Se realizó cateterismo con una lima K # 10, que tomó sin dificultad la doble curvatura del conducto. Luego se realizó preparación de acceso con lima SX del Sistema Protaper Gold. Luego se determinó la longitud de trabajo con lima K # 15 y finalmente se realizó la preparación de todo el conducto hasta una lima 25.04 del sistema mecanizado Protaper Gold según especificaciones del fabricante. Irrigación: Se realizaron lavajes con NaOCl 2,5% luego del uso de cada instrumento. Finalmente se obturó con el cono específico del sistema, que tomó sin dificultad la doble curvatura, se usó sellador AH 26 y se realizó técnica de condensación lateral con conos accesorios.

**Conclusión:** Determinar la presencia de dilaceraciones, en la radiografía preoperatoria, dependerá en gran medida de la expertez que tenga el operador y cuándo aparecen estos tipos de anomalías, variar la incidencia del rayo ayuda mucho para realizar un correcto diagnóstico. La literatura reporta que la prevalencia de dilaceraciones es de un 0,32 %

## **117. MANEJO CLÍNICO DE CONDUCTOS MV1 Y MV2 EN PRIMEROS MOLARES SUPERIORES.**

Avellaneda DG<sup>1\*</sup>, Marchesi N<sup>1</sup>, Labanti A<sup>1</sup>.

1. Curso de Endodoncia Mecanizada. UNM

**Objetivo:** Mostrar la importancia de localizar, permeabilizar y obturar adecuadamente los conductos MV1 y MV2, para alcanzar el éxito endodóntico en los primeros molares superiores.

**Presentación del caso:** Se trataron varios primeros molares superiores pertenecientes a pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de pulpitis o necrosis, y diferentes edades. El motivo de la consulta fue, en todos los casos, por derivación de odontólogos generales dada la complejidad anatómica que presentaban las piezas 16 y 26. Una vez realizado el diagnóstico clínico y radiográfico se hicieron las aperturas. La instrumentación se realizó con sistema de rotación continua Protaper Gold (Dentsply, Sirona). En todos los casos se irrigó con hipoclorito de sodio al 5,25 %. La obturación se realizó con técnica híbrida de Tagger y sellador AH 26 (Dentsply).

**Discusión:** Para realizar endodoncias exitosas en primeros molares superiores es fundamental el conocimiento de la anatomía de este grupo dentario. Saber que el 90% de estas piezas presenta un segundo conducto en su raíz mesial (MV 2), es fundamental. El MV2, debe ser encontrado, permeabilizado y obturado.

**Conclusión:** Es fundamental destacar que el empleo de herramientas tecnológicas como el microscopio operativo, el localizador apical y la CBCT, son de gran importancia para detectar la presencia del MV2. La omisión de este conducto hace que estas piezas dentarias tengan un alto índice de fracaso cuando el MV2 termina en foramen independiente.

## **118. HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS PARA EL ABORDAJE Y TRATAMIENTO DEL RADIX PARAYENTOMOLARIS.**

Avellaneda DG<sup>1\*</sup>, Marchesi N<sup>1</sup>, Labanti A<sup>1</sup>.

1. Curso de Endodoncia Mecanizada. UNM

**Objetivo:** Presentar seis casos clínicos de radix, en pacientes de ambos sexos, detallando el protocolo para realizar un correcto diagnóstico y un adecuado abordaje de esta compleja anatomía.

**Presentación del caso:** La presencia de esta complejidad anatómica en todos los casos fue diagnosticada radiográficamente mediante incidencias orto, mesio y distoradial. Las piezas presentaron tanto diagnóstico de pulpitis como de necrosis. La instrumentación fue mecanizada con sistema de rotación continua Protaper Gold (Dentsply, Sirona). En todos los casos se irrigó con hipoclorito de Na al 5,25 %. La obturación se realizó con técnica híbrida de Tagger y sellador AH 26 (Dentsply).

**Discusión:** El tratamiento endodóntico del primer molar inferior con Radix presenta desafíos significativos en el diagnóstico clínico y radiográfico, así como en la preparación y obturación de los conductos. Mediante el uso de diversas técnicas radiográficas y una estrategia clínica adecuada, planificamos abordar este tipo de molar de manera integral en pos de localizar, tratar y obturar todos los conductos en forma adecuada, asegurando así el éxito del tratamiento endodóntico para este elemento dental específico.

**Conclusión:** El tratamiento del Radix Paramolaris es un desafío clínico que requiere del conocimiento de esta complejidad anatómica, de un adecuado estudio radiográfico y de un abordaje particular. Es necesario realizar una preparación cameral conveniente, seleccionar minuciosamente el sistema de instrumentación y realizar una técnica de obturación indicada para este tipo de piezas dentarias. Se puede destacar el valor significativo que aporta la CBCT, el uso de localizadores apicales y el empleo de ultrasonido a la hora de tratar endodónticamente esta complejidad anatómica.

## **119. PREPARACIÓN CONSERVADORA DE UN SEGUNDO MOLAR SUPERIOR CON PROGLIDER Y PROTAPER GOLD**

Rourera CI<sup>1</sup>, Martín G<sup>1</sup>.

1. Carrera de Especialización en Endodoncia. FO-UCC

**Introducción:** La conformación del sistema de conductos radiculares de molares superiores, suele ser difícil de tratar, más aún si estos presentan cuatro conductos, situación muy común en el primer molar superior, pero menos frecuente, en el segundo molar superior. Es de esperar que sean conductos estrechos y posiblemente con raíces delgadas y curvas sumado a que, en la actualidad, es habitual encontrar en la práctica diaria, pulpas con degeneraciones cálcicas, en respuesta a grandes restauraciones, o a situaciones clínicas tales como bruxismo. Los objetivos de la conformación son: 1) Eliminar tejido pulpar y detritus, 2) Desinfectar y eliminar biofilm microbiano, y 3) Conformar conductos para la obturación. De estos tres ítems pueden surgir dificultades que tendrán un efecto directo sobre la obturación del conducto.

**Objetivo:** Presentar la conformación de un segundo molar superior, con cuatro conductos atrésicos, los cuales fueron preparados con el sistema Proglider y Protaper Gold.

**Caso clínico:** Paciente femenina de 58 años de edad. Elemento 2.7. Caries macro penetrante. Procedimiento: se eliminó caries y se repasó el acceso coronario con puntas de ultrasonido E1 (Helse). Los conductos fueron instrumentados con el Sistema Protaper Gold (Dentsply Sirona), previo cateterismo con limas K 08 ,10, 15 y permeabilidad con Proglider (Dentsply Sirona). Posteriormente, se obturan con conos de gutapercha, conicidad .04, con sellador AdSeal (Meta Biomed, Corea). Discusión: Consideramos, que, preparando estos tipos de conductos de una manera minuciosa, realizando maniobras delicadas, combinadas e integradas se puede prevenir complicaciones tales como bloqueos, escalones, perforaciones, transportaciones, deformaciones apicales (zipping), perforaciones laterales de las raíces (stripping), preparación inadecuada del conducto (por exceso o defecto), desgaste excesivo de la dentina peri cervical y fractura de instrumentos; logrando una preparación más biológica y segura. Dichas maniobras deben estar presentes en todos los pasos de la conformación, cateterismo, permeabilidad, acceso radicular, conformación inicial y final.

**Conclusión:** La elección de limas manuales y mecanizadas para este caso clínico se realizó basado en la anatomía de los conductos, seleccionando lo que era más biológico en cuanto a conicidad, flexibilidad y fases metalográficas.

## **120. MICROCIRUGÍA APICAL DOBLE CON USO DE BIODENTINE Y L-PRF BLOCK EN DIENTES CON HISTORIAL DE TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR. REPORTE DE CASO**

López Leyton C<sup>1\*</sup>, Cea Henríquez I<sup>1</sup>, Alcántara Dufeu R<sup>1</sup>, Sánchez Sanhueza G<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodoncia. Facultad de Odontología, Universidad de Concepción.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 58 años se realiza tratamiento endodóntico en diente 1.1 a los 8 años de edad, tras sufrir traumatismo en 1.1 y 2.1. Por persistencia de dolor, hace 3 años se realiza retratamiento no quirúrgico y continúa con sintomatología dolorosa por lo que es derivado a la Especialidad de Endodoncia de la Universidad de Concepción. Se realiza examen clínico y radiográfico. Diagnóstico diente 1.1 es diente previamente tratado y periodontitis apical sintomática. Diagnóstico 2.1 es necrosis pulpar y periododntitis apical asintomática y presenta además conducto completamente calcificado. Se planificó retratamiento quirúrgico en 1.1 y tratamiento endodóntico retrógrado en 2.1. Se utiliza anestesia local por vestibular y palatino con Mepivacaína al 2% y refuerzo con Articaína al 4%. Se realiza colgajo preservador de papila + 1 limitante distal. Se expone ápice de ambas piezas, corte de tabla vestibular a la altura de los ápices. Irrigación con suero fisiológico, hemostasia. Se hace corte de 3 mm apicales con punta de ultrasonido para cirugía y preparación retrógrada. Dispensación de Biodentine en bloque y sellado a retro. Adicionalmente se reporta dificultad anestésica en todo el procedimiento. El sellado de la cavidad ósea fue con L-PRF Block, (fibrina rica en leucocitos y plaquetas), en combinación con injerto óseo en bloque xenogénico; y reposición de tejidos. Control 7 días, 1 mes y 3 meses.

**Discusión:** En la literatura indican que la cantidad de anestesia puede estar relacionada con el nivel de ansiedad del paciente; en este caso el paciente tiene historia de temor a la atención dental desde su niñez y altos niveles de ansiedad, lo que explicaría por qué lograr una anestesia adecuada fue tan complejo.

**Conclusión:** Biodentine, junto con el poder inductivo del L-PRF Block, facilitaron la correcta obturación y cicatrización en este caso. El manejo del dolor y ansiedad del paciente presentaron desafíos, subrayando la importancia de abordar los factores psicológicos del paciente.

## **121. USO DE IMÁN DE NEODIMIO PARA REMOCIÓN DE INSTRUMENTO FRACTURADO: REPORTE DE CASO.**

Reiñanco Piñeiro D<sup>1\*</sup>, Nauto Calfuñanco A<sup>1</sup>, Cea Henríquez I<sup>1</sup>, Alcántara Dufeu R<sup>1</sup>, Sánchez Sanhueza G<sup>1</sup>.

1. Cátedra de Endodencia. Facultad de Odontología, Universidad de Concepción.

**Objetivo:** Mostrar y describir técnica de remoción Endo Z fracturada durante acceso cameral de canino superior derecho.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 39 años atendido en la Especialidad de Endodencia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Concepción para tratamiento endodóntico del diente 1.3 con diagnóstico de diente previamente tratado y de absceso apical agudo. En la primera sesión, bajo aislamiento absoluto, al realizar la forma de conveniencia de la cavidad de acceso se fractura una fresa Endo Z que, gracias a control radiográfico inmediato, se logra localizar atrapada en el tercio medio del conducto. Luego de ampliar la cavidad de acceso para tener visión directa, y remover dentina de manera conservadora con ultrasonido, se logra retirar el fragmento con un imán de neodimio adaptado en forma de barra. Se finaliza el caso endodóntico de manera convencional. Controles sin alteración.

**Discusión:** Varias técnicas se han propuesto para la remoción de instrumentos fracturados en la terapia endodóntica, de las cuales la más usada es el ultrasonido (Portela, 2022) y poco se ha reportado sobre magnetismo. El imán basado en neodimio, hierro y boro es uno de los imanes permanentes con mayor fuerza magnética (Miglani, 2019). Existe evidencia in vitro sobre la remoción de fragmentos de instrumentos de acero inoxidable este tipo de imán, pero no sobre remoción de un material de carburo de tungsteno, como es la Endo Z.

**Conclusión:** El uso de magnetismo, en este caso, un imán de neodimio, puede ser una técnica útil para remoción de instrumentos fracturados durante el acceso endodóntico.

## ÍNDICE DE AUTORES

AUTOR		RESUMEN
Acosta	W	23
Adaro	C	45
Agüero	M	25; 26
Agüero	DE	24
Alberdi	J	15; 113
Albisua	MB	9
Albornoz Colomo	MS	24; 89
Alcántara Dufeu	R	104;111;112;120;121
Alfie	N	1; 17; 20; 58; 69; 75; 90; 92; 93; 99; 102
Alfie	D	18
Álvarez	I	84
Álvarez Serrano	S	4
Anchundía	BA	34; 88
Aramburu	G	36
Arce Brisson	G	31; 60; 84
Arias	G	45
Arias	AC	102
Astorga Ríos	C	104
Attis	A	41
Avellaneda	DG	117; 118
Baigorria	L	25; 26
Barbiero	R	32;42;43;49;64;70;93
Basco	S	16
Battistoni	F	79
Baumgarten	S	32
Bavaro	S	109

Begega	G	92; 97
Berrios Orozco	MF	110
Blajean	C	107
Blotta	F	28; 68; 83; 101; 108
Boetto	AC	31; 60
Bordon	J	71; 87
Brunengo	MA	33; 99
Buchholz	T	94
Bulacio	MA	89
Bustos	MJ	103
Cabirta	ML	1; 15; 17; 20; 38; 39; 43; 91
Cáceres	MA	115
Caffaro	L	105
Calas	G	106
Campos Valdés	C	104
Cantarini	C	18; 19
Carletto Korber	F	114
Casadoumecq	AC	40; 44; 55; 77
Casas Mendieta	JA	110
Castiñeira	DE	43
Cea Hernández	I	111; 112; 120; 121
Ceballos	C	2
Cejas Ruíz	CE	116
César	E	34
Chacoff	M	52
Chaintiou Pioro	R	14; 37; 44; 48; 56; 73; 77; 78; 85; 86; 96
Chantiri	M	11; 12
Chihadeh	S	97
Ciulli Ceccato	VM	48; 57; 85; 98

Consoli Lizzi	EP	2; 48; 73; 78; 85; 86; 96; 98
Coria	LE	10; 71; 87
Corominola	PL	2; 33; 85
Crespo Campoverde	A	84
Criscenti	PG	101
David Martínez	F	78
De Gaetani	MI	28; 83
De La Casa	ML	21; 89
De Lucca	RC	2; 14; 96
Della Porta	R	12
Dorrego	JP	50; 100
Duque	S	49
Duran	C	10; 71; 87
Ensinas	P	6; 16
Escribano	MF	3; 82
Espinola	CA	115
Evianian	G	114
Falco Scampitilla	LG	82
Fernández	M	31
Fernández Aleman	JE	44; 55; 57; 59; 77; 86
Fernández Bedoya	V	31
Fernández Caina	I	7
Fernández Solari	J	14
Fernández Toledo	M	112
Forciniti	RF	43
France	F	35
Franchetti	S	97
Frías	M	8
Fudem	AE	67

Fuentes Quezada	M	111
Gaborov Milich	C	115
Gándara	ML	110
Gani	O	3; 27
García	MF	28
García	LR	32
García	BGD	115
García	GA	8; 18; 67
García Leonardi	MC	23
Geloso	L	47; 66
Giangiacomo	L	65
Gimenez	M	7
Giménez Evianian	M	114
Giva	C	27
Goldberg	F	18; 19
Gómez	JJ	21; 109
Gómez	G	25
Gómez	A	33; 64
Gonzalez	D	2
González	HJ	54; 63
González	DV	96
Gracias	S	13; 30
Gualtieri	AF	7; 9; 10
Guillem Zambrano	A	95
Guimaraez Martins	F	22; 48; 86; 98
Gutiérrez	M	82; 100
Harrán	E	13; 30
Hilú	R	6
Ibarra	M	25; 26

Jacobo	MI	15
Jaureguibehe	S	81
Jiménez Calabrese	P	46; 47; 62; 76; 94
Judkin	CE	8
Kafruni Elkhoury	JE	62
Kohan	M	109
Kuczek	M	32
Labanti	A	117; 118
Labarta	AB	8; 40; 51; 56; 61; 67; 81; 95; 97
Lacquaniti	L	80
Le Roux	MJ	79
Lee	LT	1; 17; 20
Lenarduzzi	A	22; 52; 55; 57; 58; 75; 90; 92; 98
Leonhardt	AL	11; 12
López Leyton	C	120
Luraschi	C	28
Macchi	R	13
Mainetti	J	107
Malaver	G	94
Mangeaud	A	15
Manion	F	9; 72
Marchesi	N	117; 118
Martin	G	15; 50; 74; 79; 113; 119
Martínez	MH	29
Martínez	P	31; 41; 45; 60; 102
Martínez	F	69
Martínez	CP	73
Martínez Masier	N	113
Meji	DA	103

Mendoza García	DS	10
Mendoza	V	15; 74
Migueles	A	42
Miklaszewski	E	17; 20; 38; 39; 91
Miqueo	S	7
Miraglia Cantarini	JP	18
Mohn	C	14
Molima Merchan	AK	10
Molina Villagomez	DA	10; 42
Moncada	A	31; 77
Monteros	A	67
Morales	J	46
Mouro	M	59
Moyano	T	113
Murúa	PV	27
Nastri	ML	2; 33
Naumiec	C	41
Nauto Calfuñanco	A	121
Navarro	ML	76
Navarro Guitart	M	36
Neira	G	32
Neput	F	1; 17; 20; 93
Obelar	CE	75; 92
Ortellado	M	46; 47; 62; 76; 94
Ortiz Dantur	MV	24
Pacios	MG	21
Paduli	N	11; 12
Panetta	V	42
Pantanali	A	16

Parrachini	JI	109
Pedraza	C	74
Peralta	YS	103; 105
Pérez Hinojosa	J	26
Pérez Rodríguez	PJ	32; 34
Piacenza	A	82
Pirri	K	99
Pizarro Meneses	CG	40; 51; 61; 81
Pizarro Meneses	A	61
Plaza Ruiz	J	31; 60
Portigliatti	R	5; 53; 63
Prat	M	79
Quiroga	C	59
Reiñaco Piñero	D	121
Ribaya	RB	47
Rionda González	E	21
Ríos	A	100
Ríos Collins	LA	115
Robledo	S	9; 35; 49
Robles	MC	33; 46; 47; 62; 76; 94
Rocchio	MA	73
Rocha	P	59
Rodríguez	PA	1; 2; 7; 8; 9; 10; 14; 15; 17; 20; 22; 31; 32; 33; 34; 35; 37; 38; 39; 40; 41; 42; 43; 44; 45; 46; 47; 48; 49; 51; 52; 55; 56; 57; 58; 59; 60; 61; 62; 64; 66; 67; 70; 71; 73; 75; 76; 77; 78; 80; 81; 84; 85; 87; 96; 90; 91; 92; 93; 94; 95; 96; 97; 98; 102;
Rodríguez Parra	M	9
Romano	TG	22; 58
Romero Pánico	JC	27
Rosales	P	27

Rourera	Ci	119
Ruano	F	35
Rulli	M	35; 64; 66; 80
Sáez	MM	21
Sakalian	C	106
Salazar	J	72
Salduna	S	74
Salgueiro	V	9
Salinas	VE	53
Sambadi	N	47
Sanchez Sanhueza	G	104; 111; 112; 120; 121
Santangelo	GV	103; 105; 107; 109; 110
Santillán	ME	17; 20; 43
Santos	AS	24; 89
Schmer	C	2
Serón	RS	37; 57
Sierra	LG	22; 26; 52; 58
Siragusa	C	52; 69; 70; 93; 99; 102
Somoza	F	9; 34
Spoleti	P	28; 68; 83; 101; 108
Steimetz	T	3
Strappa	Y	108
Suazo	MA	51
Tarifa	L	35
Tello	A	23
Tenaglia	N	15; 74
Tito Alegre	D	71; 87
Tomey	A	5
Troilo	L	107

Tudor	CI	103; 105
Uria	MS	71; 87
Valeria	JN	105
Vasallo	B	34; 56
Vazquez	MC	9; 70; 99
Vilchez	J	13; 30
Villaroel	K	116
Viñolo	A	90
Vrlica	K	33; 69
Weisburd	ME	107
Wenderdel	AI	55
Yamauchi	M	4
Yunes	M	110
Zacchino	GE	68
Zampa	C	106
Zárate	IJ	6
Zmener	O	4; 11; 12

## ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

SIGLA	SIGNIFICADO
AOC	Asociación Odontológica de Córdoba
COJ	Círculo Odontológico de Jujuy
COS	Círculo Odontológico de Santa Fe
COMB	Centro Odontológico Municipal de Berazategui
FCS / UCC	Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Católica de Córdoba
FCTA	Facultad Centro de Entrenamiento Académico. Brasil
FOUBA	Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires
FO-UCC	Facultad de Odontología. Universidad Católica de Córdoba
FO-UCCH	Facultad de Odontología. Universidad de Concepción. Chile
FO-UNC	Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba
FO-UNCUYO	Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Cuyo
FO-UNLP	Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata
FO-UNR	Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Rosario
FO-UNT	Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Tucumán
HOCI-F	Hospital Odontológico de Complejidad Integrada. Formosa
HJMC-SF	Hospital José María Cullen. Santa Fe
PP	Práctica Privada
UCC	Universidad Católica de Córdoba
UCCHILE	Universidad de Concepción. Chile
UM	Universidad de Mendoza
USADM	Universidad San Antonio de Murcia
USAL / AOA	Universidad del Salvador. Asociación Odontológica Argentina